

**Antrag auf Genehmigung der Anstellung  
einer Zahnärztin oder eines Zahnarztes (MVZ)**

Zulassungsausschuss Niedersachsen  
für die Zulassung zur vertragszahnärztlichen Tätigkeit  
Zeißstraße 11  
30519 Hannover

Hiermit wird die Genehmigung zur Anstellung einer Zahnärztin bzw. eines Zahnarztes beantragt (§ 95 Abs. 9 SGB V i.V.m. § 32b Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte [Zahnärzte-ZV]).

1	<b>Anstellende Praxis</b> Name des MZV und der Trägergesellschaft  Sowie alle Vertragszahnarztsitze Straße, PLZ, Ort	
2	Name der bzw. des Anzustellenden	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr    Zahnarztnummer: _____ Titel: _____ Nachname: _____ Vorname: _____
3	Tätigkeitsbeginn am (konkretes Datum)	
4	Tätigkeitsumfang (Std. pro Woche)	
5	Praxisort / Praxisanschrift, an dem die bzw. der Anzustellende tätig sein soll  Straße, PLZ, Ort	
6	Die bzw. der Anzustellende ist bereits im Zahnarztregister eingetragen  Die bzw. der Anzustellende verfügt aktuell noch über eine Vollzulassung Teilzulassung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein KZV-Bereich: _____ <hr/> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein KZV-Bereich: _____

**Antrag auf Genehmigung der Anstellung  
einer Zahnärztin oder eines Zahnarztes (MVZ)**

7	Auszug aus dem Zahnarztregister
8	unterschiedlicher Lebenslauf
9	behördliches Führungszeugnis (Belegart 0)
10	Bescheinigungen der KZVen über die bisherigen Zulassungen/Niederlassungen (§ 18 Abs. 2 Nr. 3 Zahnärzte-ZV)
11	Arbeitsvertrag zwischen der anstellenden Trägergesellschaft und der anzustellenden Zahnärztin bzw. dem anzustellenden Zahnarzt
12	<p><b>Erklärungen der anzustellenden Zahnärztin bzw. des anzustellenden Zahnarztes</b></p> <p><b>§ 18 Abs. 2 Nr. 4 Zahnärzte-ZV</b> Hiermit erkläre ich, dass ich zum Beginn der beantragten Anstellung</p> <p><input type="checkbox"/> weder in einem Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis stehe und somit in der Lage bin, die Tätigkeit aufzunehmen.</p> <p><input type="checkbox"/> in einem Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis stehe, welches ich frühestmöglich zum _____ beende. Nach Ablauf dieses Zeitraumes bin ich in der Lage, die Tätigkeit, wie beantragt, aufzunehmen.</p> <p><b>§ 18 Abs. 2 Nr. 5 Zahnärzte-ZV</b> Hiermit erkläre ich, dass ich nicht drogen- oder alkoholabhängig bin oder in den letzten fünf Jahren gewesen bin. Innerhalb der letzten fünf Jahre habe ich mich keiner Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterzogen. Gesetzliche Hinderungsgründe stehen der Ausübung meines zahnärztlichen Berufs nicht entgegen.</p> <hr/> <p>Ort, Datum <span style="float: right;">Unterschrift der bzw. des Anzustellenden</span></p>
13	<p><input type="checkbox"/> Die Antragsgebühr in Höhe von 120,00 EUR wurde am _____ überwiesen. Deutsche Apotheker- und Ärztekasse Hannover IBAN DE14 3006 0601 0101 1117 36   BIC DAAEDEDXXX</p> <p>Die weiteren Verwaltungsgebühren von insgesamt 800,00 EUR nach erfolgter Genehmigung der Anstellung und Eintragung ins besondere Verzeichnis werden vom Abrechnungskonto abgebucht.</p>
14	<p>Aktuelle Versicherungsbescheinigung gemäß § 113 Abs. 2 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) über das Bestehen eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes der anstellenden Praxis nach § 95e SGB V.</p> <p><b>Einwilligung in die Weitergabe von Sozialdaten an die Zahnärztekammer Niedersachsen</b> Ich/Wir sind damit einverstanden, dass eine Kopie der beim Zulassungsausschuss eingereichten Bescheinigung nach § 113 Abs. 2 VVG i.V.m. § 95e SGB V über das Bestehen eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes an die Zahnärztekammer Niedersachsen weitergegeben wird.</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
15	<p><b>Wichtiger Hinweis</b> Bitte lassen Sie sich einen Nachweis über die Erfüllung der Fortbildungspflicht der anzustellenden Zahnärztin bzw. des anzustellenden Zahnarztes vorlegen. Bei Nichterfüllung der Fortbildungspflicht erfolgt die Honorarkürzung in Ihrer Praxis.</p>
	<p><b>Hiermit wird der Antrag gestellt und erklärt, dass der Hinweis unter Zf. 15 zur Kenntnis genommen wird.</b> Datum: _____</p> <hr/> <p><b>Unterschriften für die antragstellende Praxis (Bei einem MVZ mit einer Trägergesellschaft in der Rechtsform einer GbR müssen alle Gesellschafterinnen und Gesellschafter unterschreiben. Bei einer Trägergesellschaft in Form einer GmbH muss die Geschäftsführung der Trägergesellschaft unterschreiben.)</b></p>