Antrag auf Zulassung zur vertragszahnärztlichen Tätigkeit

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

E-Mail: zulassung@kzvn.de KIM: zulassung@kzvn.kim.telematik
Fax: 0511-59097040

Hiermit beantrage ich die Zulassung zur vertragszahnärztlichen Tätigkeit gem. § 95 Abs. 3 SGB V i. V. m. §§ 18, 19, 19a Zahnärzte-ZV

1	Name und Privatanschrift der antragstellenden Person Kontaktdaten (Telefon, E-Mail)	☐ Frau ☐ Herr ☐ Divers Zahnarztnummer: _____ _____ Titel, Nachname, Vorname _____ Straße, Hausnummer _____ PLZ, Ort _____ Telefon / Handy _____ E-Mail
2	Praxisanschrift	_____ Straße, Hausnummer _____ PLZ, Ort
3	Zulassung zum	_____ (konkretes Datum TT.MM.JJJJ)
4	Umfang des geplanten Versorgungsauftrags	☐ Vollzulassung ☐ Teilzulassung
5	Zulassung für die Gebiets-bezeichnung Kieferorthopädie	☐ Ja ☐ Nein
6	Tätigkeit in Praxisgemeinschaft mit	
7	Tätigkeit in Berufsausübungs-gemeinschaft mit	
8	Ich bin bereits im Zahnarztregister eingetragen	☐ Ja ☐ Nein KZV-Bereich: _____
	Ich besitze aktuell eine Vollzulassung: Teilzulassung:	☐ Ja ☐ Nein ☐ Ja ☐ Nein KZV-Bereich: _____
	Ich beabsichtige eine weitere Zulassung zu beantragen Vertragszahnarztsitz	☐ Ja ☐ Nein in: _____ zum: _____

Antrag auf Zulassung zur vertragszahnärztlichen Tätigkeit

9	Auszug aus dem Zahnarztregister
10	Unterschriebener Lebenslauf
11	Führungszeugnis (Belegart O)
12	Bescheinigung der KZVen über die bisherigen Zulassungen / Niederlassungen (§ 18 Abs. 2 Nr. 3 Zahnärzte-ZV) und ggf. einen Beschluss über die Änderung der Zulassung oder Anstellung in einem anderen KZV-Bereich, sofern die Tätigkeit ausgeübt wird.
13	Aktuelle Versicherungsbescheinigung gemäß § 113 Abs. 2 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) über das Bestehen eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes nach § 95e SGB V **Einwilligung in die Weitergabe von Sozialdaten an die Zahnärztekammer Niedersachsen** Ich bin 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. ☐ Ja ☐ Nein
14	**Erklärungen** **§ 18 Abs. 2 Nr. 4 Zahnärzte-ZV** Hiermit erkläre ich, dass ich zum Beginn der beantragten Zulassung zur vertragszahnärztlichen Tätigkeit ☐ weder in einem Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis stehe und somit in der Lage bin, die vertragszahnärztliche Tätigkeit aufzunehmen. ☐ in einem Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis stehe, welches ich frühestmöglich zum _____ beende. Nach Ablauf dieses Zeitraumes bin ich in der Lage, die vertragszahnärztliche Tätigkeit, wie beantragt, aufzunehmen. **§ 18 Abs. 2 Nr. 5 Zahnärzte-ZV** 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.
15	**Einwilligung in die Veröffentlichung** Veröffentlichung des Namens und des Niederlassungsortes im Mitteilungsblatt der KZVN ☐ Ja ☐ Nein Veröffentlichung des Namens und des Praxissitzes auf der Homepage der KZVN ☐ Ja ☐ Nein
16	**Zulassungsgebühr** ☐ Die Antragsgebühr in Höhe von 100,00 EUR wurde am _____ auf das nachfolgende Konto überwiesen. KZV Niedersachsen | Deutsche Apotheker- und Ärztebank Hannover IBAN DE14 3006 0601 0101 1117 36 | BIC DAAEDEDDXXX Verwendungszweck: Zulassung + Name Die weitere Verwaltungsgebühr von 400,00 EUR wird nach unanfechtbar gewordener Zulassung vom Abrechnungskonto abgebucht.

_____

Ort, Datum Unterschrift