



Antrag auf

An die
KZV Nordrhein
40181 Düsseldorf

- Genehmigung** zur Beschäftigung
- Verlängerung der Genehmigung**
- eines **Vorbereitungsassistenten**
- eines **Assistenten mit Berufserlaubnis nach § 13 ZHG**
- eines **Entlastungsassistenten** (Begründung unter IV.)
- eines **Vertreters** (Begründung unter IV.)

Bei Rückfragen:

Frau Wald

Telefon 0211/ 9684-439**Telefax** 0211/ 9684-441

wöchentliche Stundenzahl _____

I. Angaben zum Antragsteller

Name des Antragstellers:	Praxisanschrift:	Abrechnungsnummer:

II. Persönliche Angaben zum Assistenten/ Vertreter

BEABSICHTIGTE BESCHÄFTIGUNGSDAUER	von:	bis:
Titel, Vor- und Zuname:		
Straße:		PLZ/Ort (Privatwohnsitz)
Geburtsdatum:		Staatsangehörigkeit: (bei nicht EU-Staatsangehörigkeit bitte Kopie eines gültigen Aufenthaltstitels zzgl. der Arbeitserlaubnis einreichen)

III. Ausbildung

Datum der deutschen Approbation: (eine nicht älter als sechs Monate aktuell amtlich beglaubigte Fotokopie wird beigelegt; sollte uns bereits eine amtlich beglaubigte Fotokopie der dt. Approbation aus einer vorherigen Genehmigung vorliegen oder die Eintragung ins Zahnarztregister der KZV Nordrhein erfolgt sein, entfällt dies.	
ggf. Berufserlaubnis gem. §13 ZHG - Berufserlaubnis der Bezirksregierung sowie - das zugehörige Schreiben der Bezirksregierung werden beigelegt	gültig von: bis:
Eintragung im Zahnarztregister bereits erfolgt bei der KZV: - Registerauszug liegt anbei	
Examen am:	
in (Ort, Land):	

IV. Begründung für die Einstellung (nur bei Vertretern, und Entlastungsassistenten, ggf. in Anlage beifügen):

V. Assistentenzuordnung in örtlichen und überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften

Am Standort	Sozius

VI. Bisherige Tätigkeiten

Sämtliche bisher ausgeübte zahnärztliche Tätigkeiten seitdem der Assistent hierzu berechtigt ist (In- und Ausland), ggf. gesonderte Aufstellung				
von:	bis:	Art der Beschäftigung (Vorb., Entl.-Assistent/ Vertreter/ selbständig)	Arbeitgeber	Ort, ggf. Land

Gemäß § 3 Datenschutzgesetz NRW weisen wir darauf hin, dass Ihre personenbezogenen Daten gespeichert und weiterverarbeitet werden.

Der Vertragszahnarzt/die Vertragszahnärztin ist verpflichtet, die erforderlichen Angaben wahrheitsgemäß zu erteilen. Wahrheitswidrige bzw. unvollständige Auskünfte können rechtliche Nachteile auslösen und zu finanziellen Einbußen führen.

Uns ist bekannt, dass eine Beschäftigung ohne Genehmigung nicht zulässig ist. Ein Tätigwerden des Assistenten ohne vorherige schriftliche Genehmigung stellt eine ungenehmigte Tätigkeit dar und kann eine sachlich-rechnerische Berichtigung und ein Disziplinarverfahren rechtfertigen.

Ort, Datum

Unterschrift des Vertragszahnarztes und
Abrechnungstempel

Unterschrift des Assistenten/Vertreters