

Anlage

Antrag

auf Genehmigung zur Anstellung eines Zahnarztes/einer Zahnärztin im MVZ gem. § 95
SGB V

Angaben zum Antragsteller

Medizinisches Versorgungszentrum

Name: _____

Anschrift: _____

Geschäftstelefonnummer
des MVZ: _____

E-Mail: _____

Anstellung als Zahnarzt/Zahnärztin im MVZ

Wir beantragen die Genehmigung der Anstellung von

Herrn / Frau

Name, Vorname, Titel: _____

Fachgebiets-/
Berufsbezeichnung _____

Geburtsdatum/ Geburtsort: _____

Wohnungsanschrift: _____

ab: _____

Beschäftigungsumfang: Stunden/Woche) _____

Die Beschäftigungszeit ist dem beigefügten Arbeitsvertrag zu entnehmen.

Erklärung zur Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit bei Anstellung einer
Zahnärztin/eines Zahnarztes

Der Unterzeichner verpflichtet sich, die Beendigung der Anstellung des Zahnarztes/der
Zahnärztin sowie Änderungen im Beschäftigungsverhältnis rechtzeitig und unverzüglich dem
Zulassungsausschuss-Zahnärzte für den Bezirk Nordrhein mitzuteilen.

 Ort, Datum

 Unterschrift des Antragstellers

Gemäß § 46 Abs. 1 Buchstabe c) Zahnärzte-ZV wird für den Antrag auf Zulassung eine Verwaltungsgebühr von 120,- € erhoben. Die Gebühr wird mit Stellung des Antrages fällig und muss bis zwei Wochen vor dem Sitzungstag auf dem genannten Konto eingegangen sein.

Mit unserer Eingangsbestätigung erhalten Sie die Bankverbindung und die entsprechende Kennziffer für Ihre Überweisung, welche Sie bitte unter Verwendungszweck angeben.

I. Angaben zum/zur anzustellenden Zahnarzt/Zahnärztin

Voraussetzungen zur Anstellung

1. Eintragung im Zahnarztregister bereits eingetragen
 Eintragung beantragt

bei der _____
 Bezeichnung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung

2. Unterlagen des/der angestellten Zahnarztes/Zahnärztin zur Antragstellung

- Bescheid über die Eintragung in das Zahnarztregister einer Kassenzahnärztlichen Vereinigung – Auszug aus dem Zahnarztregister
- Bescheinigung über die seit der Approbation ausgeübten zahnärztlichen Tätigkeiten (Anlage 1)
- Tabellarischer eigenhändig unterschriebener Lebenslauf
- die Berechtigung zum Führen einer bestimmten Gebietsbezeichnung und Tag der Anerkennung.
 (anstelle von Originalen können amtlich beglaubigte Kopien beigefügt werden)
 - liegt bei bzw. ist im Zahnarztregister eingetragen.
- Behördliches Führungszeugnis – Belegart 0 –
 (darf zum Zeitpunkt der Sitzung des Zulassungsausschusses nicht älter als 6 Monate sein.)
- aktueller schriftlicher Arbeitsvertrag

3. Derzeitige Tätigkeit

- Dienst-/ Beschäftigungsverhältnis
als _____ bei _____
- zugelassener Vertragszahnarzt
 zur Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung ermächtigter Zahnarzt
in Bezirk der Kassenzahnärztlichen Vereinigung _____
- Die angegebene Tätigkeit wird beendet zum _____
- Die angegebene Tätigkeit wird im Anteil von Stunden weitergeführt.
- Es besteht kein anderweitiges Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis.

Erklärung:

Hiermit erkläre ich, dass ich nicht drogen- oder alkoholabhängig bin bzw. innerhalb der letzten 5 Jahre nicht drogen- oder alkoholabhängig war und mich innerhalb der letzten 5 Jahre keiner Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterziehen musste.

Gesetzliche Hinderungsgründe (z.B. Entmündigung, Berufsverbot usw.) stehen der Ausübung meines zahnärztlichen Berufes nicht entgegen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des anzustellenden Zahnarztes

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

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass sowohl die bei Antragstellung gemäß § 46 Abs. 1 Buchstabe c) Zahnärzte-ZV anfallende Antragsgebühr über 120,- Euro als auch die nach rechtskräftiger Genehmigung des angestellten Zahnarztes gemäß § 46 Abs. 2 Buchstabe c fällige Verwaltungsgebühr in Höhe von 400,- Euro von meinem Honorarkonto einbehalten wird.

Sofern Sie kein Honorarkonto bei der KZV Nordrhein haben, kreuzen Sie dies bitte an. Mit separatem Schreiben erhalten Sie sodann den Rechnungsträger mit den Überweisungsdaten.

- Ich besitze noch kein Honorarkonto bei der KZV Nordrhein.

Ort/Datum

Unterschrift des Geschäftsführers

Unterschrift des anzustellenden
Zahnarztes