

## **Pflichtangaben zum Status in Bezug auf die SMC-B Karte**

Um zu gewährleisten, dass bei zulassungsrechtlichen Veränderungen die Anbindung an die Telematikinfrastruktur mit der SMC-B Karte gesichert ist/wird, sind die folgenden Angaben in Ihrem eigenen Interesse zwingend erforderlich.

**Name:** \_\_\_\_\_

**Sind Sie bereits Vertragszahnärztin/Vertragszahnarzt im Bezirk der KZV Nordrhein?**

**Nein**

**Ich beantrage die vertragszahnärztliche Zulassung für eine Einzelpraxis.**

*Hinweis:* Bitte setzen Sie sich umgehend mit der technischen Hotline 0211/9684180 in Verbindung!

**Ich werde Gesellschafter/Sozius in einer bereits genehmigten  
Berufsausübungsgemeinschaft mit der Abr. Nr.: \_\_\_\_\_**

*Hinweis:* Sie müssen keine SMC-B Karte beantragen; in der genehmigten  
Berufsausübungsgemeinschaft ist bereits eine Karte vorhanden.

**Ja**

*Hinweis:* Bitte setzen Sie sich umgehend mit der technischen Hotline 0211/9684180 in Verbindung!

**Ich verzichte auf meine vertragszahnärztliche Zulassung.**

**Ich möchte meine vertragszahnärztliche Zulassung verlegen.**

**Ich bin derzeit Vertragszahnärztin/Vertragszahnarzt in einer/m**

**Einzelpraxis** mit der/n Abr. Nr.: \_\_\_\_\_ **MVZ** mit der Abr. Nr.: \_\_\_\_\_

**(überörtlichen) Berufsausübungsgemeinschaft** mit der Abr. Nr.: \_\_\_\_\_

Die Berufsausübungsgemeinschaft bleibt bestehen.

Die Berufsausübungsgemeinschaft wird aufgelöst und

zu einer Einzelpraxis - zu mind. zwei Einzelpraxen.

Die Gründung einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft wird  
beabsichtigt gemeinsam mit den Standorten:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**Hiermit bestätige ich, dass ich die vorstehenden Hinweise zur Kenntnis genommen habe.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift