

Zulassungsausschuss-Zahnärzte
c/o KZV Nordrhein
40181 Düsseldorf

Absender:

Datum:

Gemäß § 46 Abs. 1 Buchstabe b) Zahnärzte-ZV wird für den Antrag auf Zulassung eine Gebühr von **100,-- €** erhoben. **Die Gebühr wird mit Stellung des Antrages fällig.**

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

Hinweis: (§ 38 Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte)

Über diesen gebührenpflichtigen Antrag wird erst nach Entrichtung der nach § 46 zu zahlenden Gebühr verhandelt. Sollte diese Gebühr nicht bis zur Sitzung eingezahlt worden sein, so gilt der Antrag als zurückgenommen.

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

M E R K B L A T T
zum Antrag auf Zulassung zur vertragszahnärztlichen Versorgung
beim Zulassungsausschuss-Zahnärzte für den Bezirk Nordrhein

Der Antrag muss schriftlich gestellt werden. In dem Antrag ist anzugeben, für welchen Vertragszahnarztsitz (mit Angabe der Tel.-Nr.) und gegebenenfalls unter welcher Gebietsbezeichnung die Zulassung beantragt wird.

Dem Antrag sind beizufügen:

- a) **Achtung neu:**
Nachweis über den Abschluss einer ausreichenden **Berufshaftpflichtversicherung** gem. § 95 e SGB V
- b) ein **Auszug aus dem Zahnarztregister**, aus dem der Tag der Approbation, der Tag der Eintragung in das Zahnarztregister und gegebenenfalls der Tag der Anerkennung des Rechts zum Führen einer bestimmten Gebietsbezeichnung hervorgehen müssen,
- c) eine Erklärung zur Durchführung zahnärztlicher Behandlung (Zahnärzte) – blaues Formular
- d) • eine Erklärung über im Zeitpunkt der Antragstellung bestehende Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse unter Angabe des frühestmöglichen Endes des Beschäftigungsverhältnisses – rosa Formular,
- d) • eine Erklärung des Zahnarztes, ob er drogen- oder alkoholabhängig ist oder innerhalb der letzten fünf Jahre gewesen ist, ob er sich innerhalb der letzten fünf Jahre einer Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterzogen hat, und dass gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des zahnärztlichen Berufs nicht entgegenstehen – rosa Formular.
- e) ein polizeiliches Führungszeugnis, Belegart „0“ (ist vom Bundesamt für Justiz an folgende Anschrift unmittelbar zu übermitteln: **KZV Nordrhein, 40181 Düsseldorf, Verwendungszweck: Zulassung**) und darf zum Zeitpunkt der Sitzung, in der über Ihren Antrag auf Zulassung verhandelt wird, nicht älter als 6 Monate sein
(bitte entsprechend bei Ihrer zuständigen Einwohnermeldestelle beantragen oder online unter www.fuehrungszeugnis.bund.de → onlineportal),
- f) Hinweis: Bei nicht deutschen Antragstellern ist ein polizeiliches Führungszeugnis des Heimatlandes zusätzlich zu dem deutschen Führungszeugnis beizubringen.
- g) Ein aktueller, lückenloser, tabellarischer Lebenslauf (mit eigenhändiger Unterschrift)
- h) **Verträge in Kopie:**
bei
Neugründung: Mietvertrag bzw. bei Eigentum Auszug aus dem Grundbuch
Praxisübernahme: Mietvertrag und Praxisübernahmevertrag
Praxisgemeinschaft: Mietvertrag und Praxisgemeinschaftsvertrag
Berufsausübungsgemeinschaft: Mietvertrag und Berufsausübungsgemeinschaftsvertrag

Gegebenenfalls: Bescheinigungen der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, in deren Bereich Sie bisher als Vertragszahnarzt zugelassen/niedergelassen waren, aus denen sich Ort und Dauer der bisherigen Zulassung/Niederlassung und der Grund einer etwaigen Beendigung ergeben (gem. § 18 Abs. 2 c Zahnärzte-ZV),

In Ihrem eigenen Interesse bitten wir um möglichst frühzeitige Übersendung der Antragsunterlagen, einschließlich der hierzu erforderlichen Verträge - vgl. Punkt f) -. Die Antragsunterlagen müssen spätestens 1 Monat vor dem Sitzungstermin des Zulassungsausschusses vollständig der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses vorliegen.

ERKLÄRUNGEN

zur Durchführung kieferorthopädischer Behandlung (Kieferorthopäden)

**Vertrag über die zahnärztliche Versorgung der Hilfeempfänger des örtlichen Trägers der Sozial- und Jugendhilfe sowie des örtlichen Trägers der Kriegsofopferfürsorge
Stand: 01.01.2002**

„Ich trete dem zwischen der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Nordrhein und dem örtlichen Träger der Sozial- und Jugendhilfe sowie dem örtlichen Träger der Kriegsofopferfürsorge abgeschlossenen Vertrag über die zahnärztliche Versorgung der von dem örtlichen Träger im Rahmen der Sozial- und Jugendhilfe sowie Kriegsofopferfürsorge zu betreuenden Personen bei und erkenne alle seine Bestimmungen und die Entscheidung der nach dem Vertrag zuständigen Stellen als für mich verbindlich an.“

Praxisanschrift:

Name: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Ort, Datum

Unterschrift

Erklärung

in Verbindung mit meinem Antrag auf Zulassung zur vertragszahnärztlichen Versorgung
für den Bereich Kieferorthopädie
(gemäß § 18 Abs. (2) 4. Zahnärzte-ZV)

Hiermit erkläre ich, dass ich

in keinem Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis stehe und somit in der Lage bin, die vertragszahnärztliche Tätigkeit jederzeit aufzunehmen

in einem Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis stehe, welches am _____ endet.

Datum

Danach bin ich in der Lage, die vertragszahnärztliche Tätigkeit aufzunehmen.

Zutreffendes ankreuzen

_____, den _____ (Unterschrift)

Erklärung

in Verbindung mit meinem Antrag auf Zulassung zur vertragszahnärztlichen Versorgung
für den Bereich Kieferorthopädie
(gemäß § 18 Abs. (2) 5. Zahnärzte-ZV)

Hiermit erkläre ich, dass ich nicht drogen- oder alkoholabhängig bin und auch nicht innerhalb der letzten 5 Jahre gewesen bin.

Innerhalb der letzten 5 Jahre habe ich mich keiner Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterzogen.

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

_____, den _____ (Unterschrift)