

**ZULASSUNGS-AUSSCHUSS für Zahnärzte im Bereich der
Kassenzahnärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz**

Geschäftsstelle
Eppichmauergasse 1, 55116 Mainz

**Antrag auf Zulassung
als Vertragszahnarzt zu den gesetzlichen Krankenkassen**

Hiermit beantrage ich die Zulassung im Bereich der Kassenzahnärztlichen Vereinigung
Rheinland-Pfalz für den

vollzeitigen häftigen (Erklärung gemäß § 19 a ausfüllen)

Vertragszahnarztsitz: _____ ab: _____

als **Vertragszahnärztin/Vertragszahnarzt**

Vertragszahnärztin/Vertragszahnarzt für das Fachgebiet Kieferorthopädie

Praxisneugründung Praxisgemeinschaft

Praxisübernahme Berufsausübungsgemeinschaft

von _____ mit _____

01. Name, Titel, Geburtsname, Vorname, Gebietsbezeichnung

02. Praxisanschrift: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort, Telefon

03. Privatanschrift: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort, Telefon

04. Geburtsdatum, Geburtsort, Geburtsland, Staatsangehörigkeit

05. Approbation als Zahnarzt am / in

06. Promotion Dr. med. dent. am / in

07. Approbation als Arzt am / in

08. Promotion Dr. med. am / in

09. Seit der Approbation ausgeübte zahnärztliche Tätigkeiten:

a) in unselbständiger Stellung als Assistent und Vertreter
(auch im öffentl.Gesundheitsdienst, Zahnkliniken o. Zahnstationen der Bundeswehr)

vom	bis	Praxis, Zahnklinik bzw. Bundeswehr

b) in eigener Praxis

vom	bis	in eigener Praxis niedergelassen - Anschrift und KZV-Bereich angeben sowie Grund für Praxisaufgabe

10. Eintragung in das Zahnarztregister bei der KZV

am _____ Register-Nummer _____

(Der Zahnarzt ist gem. § 4 Z-ZV in das Zahnarztregister des Zulassungsbezirks einzutragen, in dem er seinen Wohnort hat.)

11. Sollte sich der von mir angestrebte und beantragte Termin zur Zulassung aus jetzt nicht bekannten Gründen verändern, werde ich die KZV RLP unverzüglich schriftlich informieren und auch rechtzeitig die Nichtteilnahme an dem Sitzungstermin mitteilen.

Mit der Veröffentlichung meiner Zulassung in zahnärztlichen Mitteilungsblättern in Rheinland-Pfalz bin ich einverstanden.

12. **Als Anlagen gemäß. § 18 Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte sind diesem Antrag beigelegt:**
- a) **Auszug aus dem Zahnarztregister der zuständigen KZV / bez. Antrag**
 - b) **Beglaubigte Abschriften**
Approbationsurkunde
ggf. Promotionsurkunde

lückenlose Bescheinigungen über die seit der Approbation ausgeübten zahnärztlichen Tätigkeiten
 - c) **Lebenslauf mit Lichtbild**
 - d) **polizeiliches Führungszeugnis neuesten Datums**
(Belegart N oder O)
 - e) **ggf. Bescheinigungen der zuständigen KZVen über bisherige Nieder- und Zulassungen**
 - f) **Erklärung nach § 20 und § 21 Z-ZV**
 - g) **Erklärung über die Residenzpflicht**

PLZ, Ort und Datum

Unterschrift des Antragstellers

Ihr Antrag auf Zulassung muß der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses für Zahnärzte im Bereich der Kassenzahnärztlichen Vereinigung RLP , Eppichmauergasse 1, 55116 Mainz, **mindestens 4 Wochen vor Sitzungstermin** eingereicht werden, damit die gesetzlichen Fristen eingehalten werden können.

Anträge, die verspätet eingehen oder zum Abgabetermin unvollständig sind, müssen bis zur nächsten Sitzung zurückgestellt werden.

Gemäß § 46 Abs. 1 b) Zahnärzte-ZV wird mit dem Antrag auf Zulassung eine Gebühr in Höhe von Euro 100,00 fällig. Wird die Gebühr nicht unmittelbar nach Antragstellung auf das Konto der Apotheker-und Ärztebank, Mainz Konto-Nr. 0 002 141 868, BLZ 550 608 31 eingezahlt, unter Betreff der Zulassungsantragsgebühr, gilt der Antrag als zurückgenommen.

Erklärung zum Antrag auf Zulassung als Vertragszahnarzt

gemäß § 20 und § 21 der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte vom 01.01.1993

Ich erkläre, daß ich zur Zeit

- nicht in einem Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis stehe
- in einem Beschäftigungsverhältnis stehe bei

 - dieses Beschäftigungsverhältnis wird enden am _____, anderenfalls werde ich die KZV unverzüglich in Kenntnis setzen.
- nicht durch andere nicht ehrenamtliche Tätigkeiten gehindert bin, der Vertragszahnarztpraxis persönlich in dem erforderlichen Maße zur Verfügung zu stehen
- nicht rauschgiftsüchtig bin oder innerhalb der letzten fünf Jahre gewesen bin und mich in den letzten fünf Jahren keiner Entziehungskur wegen Rauschgiftsucht unterzogen habe
- nicht trunksüchtig bin oder innerhalb der letzten fünf Jahre gewesen bin und mich in den letzten fünf Jahren keiner Entziehungskur wegen Trunksucht unterzogen habe
- keine geistigen oder sonstigen in meiner Person liegenden schwerwiegenden Mängel habe, die meine Eignung für die Ausübung der Vertragszahnarztpraxis in Frage stellen könnten nicht durch gesetzliche Hinderungsgründe an der Ausübung des zahnärztlichen Berufs gehindert bin.

Ich versichere, daß ich nur Zutreffendes angekreuzt und den Fragebogen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet habe.

Ort und Datum

Unterschrift

ABSENDER:

Kassenzahnärztliche
Vereinigung Rheinland-Pfalz
Postfach 2604
55016 Mainz

Anlage
zum Antrag auf Zulassung als Vertragszahnarzt

Ich verpflichte mich, meine Wohnung so zu wählen, dass ich für die Versorgung der Versicherten am Vertragszahnarztsitz zur Verfügung stehe (Residenzpflicht) und stelle sicher, auch außerhalb der Sprechzeiten in angemessener Zeit am Vertragszahnarztsitz zur Verfügung zu stehen. Telefonische Erreichbarkeit ist Selbstverständlichkeit.

Sollte sich der von mir angestrebte und beantragte Niederlassungstermin aus jetzt nicht bekannten Gründen verändern, werde ich die KZV RLP unverzüglich schriftlich informieren.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

Fragebogen

Name, Geburtsname, Titel: _____

Vornamen (Rufnamen unterstreichen): _____

Wohnungsanschrift: _____

Praxisanschrift: _____

Telefon-Nr. der Praxis: _____

Telefax-Nr. der Praxis: _____

E-mail-Adresse der Praxis: _____

Homepage: _____

	ja	nein
Praxis: rollstuhlzugänglich ohne fremde Hilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
besondere Versorgungsangebote für behinderte Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(ggf. welche)

Kennntnis in Gebärdensprache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
blindengerechtes Infomaterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fremdsprachenkenntnisse: _____ ja nein

Ich bin damit einverstanden, dass meine oben angegebenen Daten an Dritte weitergegeben werden.

Ort

Datum

Unterschrift

Fragebogen bitte mit Schreibmaschine oder in Druckbuchstaben ausfüllen und umgehend zurücksenden.