

# Zulassung als Vertragszahnärztin / Vertragszahnarzt



für das Fachgebiet Kieferorthopädie

für das Fachgebiet MKG-Chirurgie

**Antrag auf Zulassung zum:** \_\_\_\_\_

Name, Vorname, Titel: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum/-ort: \_\_\_\_\_

Privatanschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_ Festnetz: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

## für den Hamburger Vertragszahnarztsitz:

Praxisanschrift: \_\_\_\_\_

Praxisneugründung: ja nein

Praxisübernahme von: \_\_\_\_\_

Berufsausübungsgemeinschaft mit: \_\_\_\_\_

Praxisgemeinschaft mit: \_\_\_\_\_

## Bisher ausgeübte unselbständige zahnärztliche Tätigkeiten:

von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ bei: \_\_\_\_\_

von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ bei: \_\_\_\_\_

von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ bei: \_\_\_\_\_

## Ich bin im Zahnarztregister eingetragen:

im KZV-Bereich: \_\_\_\_\_ Register-Nr. \_\_\_\_\_

nein, ist beantragt im KZV Bereich: \_\_\_\_\_

## Ich war / bin als Vertragszahnarzt zugelassen:

von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ im KZV-Bereich: \_\_\_\_\_

von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ im KZV-Bereich: \_\_\_\_\_

von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ im KZV-Bereich: \_\_\_\_\_

Meine derzeitige vertragszahnärztliche Tätigkeit endet am: \_\_\_\_\_

## Beigefügte Unterlagen:

1. Auszug aus dem Zahnarztregister (nicht notwendig, bei einer bestehenden oder beantragten Registereintragung in Hamburg)
2. Bescheinigungen über die seit der Approbation ausgeübten zahnärztlichen Tätigkeiten
3. ggf. Fachgebietsanerkennungsurkunde/n
4. Lebenslauf mit Unterschrift
5. polizeiliches Führungszeugnis (bei Antragstellung nicht älter als 6 Monate)
6. ggf. Bescheinigung/Nachweis der entsprechenden KZV über bisherige Niederlassung und fachliche Fortbildung
7. Formular mit Erklärungen gem. § 18 Absatz 2 Nr. 4 und 5 Zahnärzte-ZV
8. Versicherungsbescheinigung gem. § 18 Absatz 2 Nr. 6 Zahnärzte-ZV i. Verbindung m. § 113 Absatz 2 Versicherungsvertragsgesetz
9. ggf. Erklärung gem. § 19 a Absatz 2 Satz 1 Zahnärzte-ZV zur Beschränkung des Versorgungsauftrages auf die Hälfte

Die Antragsgebühr von 100,-- € überweise ich auf das u.a. Konto der KZV Hamburg.

Ich stimme der Veröffentlichung meiner Niederlassung im Hamburger Zahnärzteblatt zu (ggf. streichen).

\_\_\_\_\_  
(Ort und Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

Deutsche Apotheker- und Ärztebank e.G.  
BIC: DAAEDEDXXX  
IBAN: DE98 3006 0601 0001 2354 35

Postanschrift:  
KZV Hamburg  
Postfach 11 12 13  
20412 Hamburg

Hausanschrift:  
KZV Hamburg  
Katharinenbrücke 1  
20457 Hamburg

Telefon: 040 / 36 14 7-0  
Telefax: 040 / 36 44 70  
E-Mail: info@kzv-hamburg.de  
Internet: www.kzv-hamburg.de

## Erklärung zum Antrag auf Zulassung gem. § 18 Abs. 2 Ziffer 4 Zahnärzte-ZV

Zum Zeitpunkt der Antragstellung bestehen:

keine Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse

folgende Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse

bei:	als:	Dienst-/Beschäftigungsverhältnis endet am:

\_\_\_\_\_  
(Ort und Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

### Hinweis der KZV Hamburg

Grundsätzlich ist der Status des Vertragszahnarztes unvereinbar mit dem Status eines Arbeitnehmers oder Gewerbetreibenden, weil der Vertragszahnarzt die Versorgung der Versicherten persönlich vorzunehmen hat und in ausreichendem Maß zur Verfügung stehen muss, d. h., neben der eigentlichen Tätigkeit wird auch die Tätigkeitsbereitschaft gefordert. Die Tätigkeit in oder die Zusammenarbeit mit einem zugelassenen Krankenhaus nach § 108 SGB V oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nach § 111 SGB V ist mit der Tätigkeit des Vertragszahnarztes vereinbar. (§ 20 der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte).

## Erklärung zum Antrag auf Zulassung gem. § 18 Abs. 2 Ziffer 5 Zahnärzte-ZV

Ich erkläre hiermit, dass ich nicht drogen- oder alkoholabhängig bin und auch nicht innerhalb der letzten fünf Jahre drogen- oder alkoholabhängig war.

Ich habe mich innerhalb der letzten fünf Jahre keiner Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterzogen.

Gesetzliche Hinderungsgründe zur Ausübung des zahnärztlichen Berufes bestehen nicht.

\_\_\_\_\_  
(Ort und Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)