

# Antrag auf Zulassung als Vertragszahnarzt im Bereich der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Land Brandenburg

(Es wird um Druckschrift gebeten. Bitte beachten Sie die Hinweise auf Seite 2 sowie auf Seite 3 zur Beantragung des elektronischen Praxisausweises - SMC-B)

Hiermit beantrage ich die Zulassung als  
(Zutreffendes ankreuzen)

- Vertragszahnarzt  
 Vertragszahnarzt für den Bereich Kieferorthopädie

für den Vertragszahnarztsitz (Postleitzahl/Ort/ggf. Ortsteil) \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer \_\_\_\_\_

zum \_\_\_\_\_

mit Übernahme der Praxis von \_\_\_\_\_

in Praxisgemeinschaft mit \_\_\_\_\_

in Berufsausübungsgemeinschaft mit (nur zu Quartalsbeginn) \_\_\_\_\_

örtliche Berufsausübungsgemeinschaft mit \_\_\_\_\_

überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft mit \_\_\_\_\_

(unter Vorlage

- eines von allen zukünftigen Partnern der Berufsausübungsgemeinschaft unterschriebenen Antrages und BAG-Vertrag

unter der Bezeichnung  
(Zutreffendes ankreuzen)

- Zahnarzt  
 Zahnarzt/FZA für Oralchirurgie  
 Fachzahnarzt für Kieferorthopädie  
 Zahnarzt/Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie  
 Zahnarzt für öffentliches Gesundheitswesen

1. Name und Titel \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

2. derzeitiger Wohnort \_\_\_\_\_ Straße \_\_\_\_\_

3. Wohnort am Tag der beabsichtigten Niederlassung \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_

4. geboren am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ Land \_\_\_\_\_

5. Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

6. eingetragen in das Zahnarztregister bei der KZV \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_

7. derzeitige Tätigkeit \_\_\_\_\_  
telefonisch zu erreichen unter der Nummer (mit Vorwahl) \_\_\_\_\_

8. zur Vertragspraxis zugelassen vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
in (genaue Anschrift) \_\_\_\_\_

niedergelassen vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
Grund einer etwaigen Beendigung \_\_\_\_\_

9. als Arzt zugelassen vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
in (genaue Anschrift) \_\_\_\_\_

Gemäß § 46 Abs. 1 Buchstabe b Zahnärzte-ZV wird für den Antrag auf Zulassung eine Gebühr in Höhe von 100 € erhoben. Die Gebühr wird mit der Stellung des Antrages fällig. Bitte überweisen Sie die Gebühr an die KZVLB auf folgendes Konto: Deutsche Apotheker- und Ärztebank e.G. IBAN: DE50 3006 0601 0003 0726 06, BIC: DAAEDEDXXX mit dem Verwendungszweck: Antrag auf Zulassung. Wird die Gebühr nicht innerhalb von 10 Tagen nach Antragstellung eingezahlt, gilt der Antrag als zurückgenommen.

Ich versichere hiermit die Richtigkeit der gemachten Angaben und habe die Gebühr am \_\_\_\_\_ überwiesen.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
eigenhändige Unterschrift Zahnärztin/Zahnarzt

## **I. Dem Antrag auf Zulassung sind folgende Unterlagen beizufügen:**

1. einen Lebenslauf, der alle Tatsachen enthalten muss, die für die Zulassung als Vertragszahnarzt von Bedeutung sind (versehen mit Ausstellungsdatum und Unterschrift)
2. ein polizeiliches Führungszeugnis (Behördenführungszeugnis - Belegart 0). Antragsteller, die nicht mindestens für die letzten sechs Monate vor Antragstellung einen festen Wohnsitz in Deutschland nachweisen können, haben, ggf. zusätzlich, ein polizeiliches Führungszeugnis von ihrem letzten Wohnsitz im Ausland beizubringen.
3. eine Erklärung über im Zeitpunkt der Antragstellung bestehende Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse unter Angabe des frühestmöglichen Endes des Beschäftigungsverhältnisses sowie
4. eine Erklärung, ob Sie rauschgiftsüchtig sind oder innerhalb der letzten fünf Jahre gewesen sind, ob Sie sich innerhalb der letzten fünf Jahre einer Entziehungskur wegen Trunksucht oder Rauschgift unterzogen haben und dass gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des zahnärztlichen Berufes nicht entgegenstehen (siehe Anlage),
5. ggf. einen Auszug aus dem Zahnarztregister, aus dem der Tag der Approbation, der Tag der Eintragung in das Zahnarztregister und ggf. der Tag der Anerkennung des Rechts zum Führen einer bestimmten Gebietsbezeichnung hervorgehen müssen. (Die Beibringung eines Auszuges aus dem Zahnarztregister ist dann nicht erforderlich, wenn Sie bereits im Zahnarztregister der KZV Land Brandenburg eingetragen sind bzw. gleichzeitig einen Antrag auf Eintragung in das Zahnarztregister der KZV Land Brandenburg gestellt haben. Wenn die Eintragung in das Zahnarztregister einer anderen KZV erfolgte, müssen Sie diese um Übermittlung eines Auszuges nach neuestem Stand ersuchen.),
6. ggf. Bescheinigungen der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, in deren Bereich Sie bisher niedergelassen oder zur Kassenpraxis zugelassen waren, aus denen sich Ort und Dauer der bisherigen Niederlassung oder Zulassung und der Grund einer etwaigen Beendigung ergeben. (Dies gilt auch bei einer früheren Beteiligung oder Ermächtigung in einem anderen KZV-Bereich.),
7. ggf. Bescheinigungen über die seit der Approbation ausgeübten zahnärztlichen Tätigkeiten (Die Beibringung dieser Bescheinigung entfällt, wenn Sie gleichzeitig einen Antrag auf Eintragung in das Zahnarztregister der KZV Land Brandenburg gestellt haben, Ihre Eintragung in ein anderes Zahnarztregister erst vor kurzem erfolgt ist oder Sie zurzeit zugelassen sind.).

## **II. Zu Ziffer 1-6 sind die Originale einzureichen, die in der Akte verbleiben.**

**III.** Können die Originalnachweise, die ggf. zu Ziffer 7 angefordert werden, nicht in der Zulassungsakte verbleiben, wird die Beifügung amtlich beglaubigter Abschriften - entsprechend § 29 Verwaltungsverfahren (SGB X) - gestattet. Von Notaren, Gerichten und der Zahnärztekammer beglaubigte Abschriften werden ebenfalls anerkannt. Beglaubigungen von Kirchengemeinden, Sparkassen o.ä. werden nicht anerkannt.

**IV.** Urkunden und Nachweise aus dem Ausland sind in der Muttersprache und in einer beglaubigten Übersetzung einzureichen.

## **§ 29 SGB X (Auszug) Beglaubigung von Abschriften, Ablichtungen, Vervielfältigungen und Negativen**

(1) Jede Behörde ist befugt, Abschriften von Urkunden, die sie selbst ausgestellt hat, zu beglaubigen. Darüber hinaus sind die von der Bundesregierung durch Rechtsverordnung bestimmten Behörden des Bundes, der bundesunmittelbaren Körperschaften, Anstalten und Stiftungen des öffentlichen Rechts und die nach Landesrecht zuständigen Behörden befugt, Abschriften zu beglaubigen, wenn die Urschrift von einer Behörde ausgestellt ist oder die Abschrift zur Vorlage bei einer Behörde benötigt wird, sofern nicht durch Rechtsvorschrift die Erteilung beglaubigter Abschriften aus amtlichen Registern und Archiven anderen Behörden ausschließlich vorbehalten ist.

(3) Eine Abschrift wird beglaubigt durch einen Beglaubigungsvermerk, der unter die Abschrift zu setzen ist. Der Vermerk muss enthalten:

1. die genaue Bezeichnung des Schriftstückes, dessen Abschrift beglaubigt wird,
2. die Feststellung, dass die beglaubigte Abschrift mit dem vorgelegten Schriftstück übereinstimmt,
3. den Hinweis, dass die beglaubigte Abschrift nur zur Vorlage bei der angegebenen Behörde erteilt wird, wenn die Urschrift nicht von einer Behörde ausgestellt worden ist,
4. den Ort und den Tag der Beglaubigung, die Unterschrift des für die Beglaubigung zuständigen Bediensteten und das Dienstsiegel.

## **Hinweis zum elektronischen Praxisausweis (SMC-B)**

Der Gesetzgeber schreibt die Einführung einer Telematikinfrastruktur (TI) vor (Online-Rollout). Nach den bislang geltenden Vorgaben muss ab dem 01.01.2019 das sogenannte Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) in allen Praxen möglich sein. Für diesen Versichertenstammdatenabgleich ist ein Anschluss an die TI erforderlich, d.h. in jeder Praxis müssen bestimmte Geräte und Software-Dienste installiert und mit einem Internet-Zugang verbunden werden.

Im Fall der Nichtdurchführung des VSDM droht den Praxen gemäß § 291 Abs. 2b Satz 14 SGB V eine Kürzung der Vergütung der vertragszahnärztlichen Leistungen um ein Prozent.

Für die Anbindung an die TI benötigen Sie unter anderem einen elektronischen Praxisausweis (SMC-B). Der elektronische Praxisausweis ist eine Smart Card, die zur Authentisierung der Praxis gegenüber der Telematikinfrastruktur und der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) eingesetzt wird. Der elektronische Praxisausweis ist über das Portal der KZV Land Brandenburg bei einem Anbieter zu beantragen.

Denken Sie daran, den elektronischen Praxisausweis rechtzeitig zu bestellen, eine Bestellung ist unmittelbar nach Ihrer Zulassung möglich.

Bitte beachten Sie auch die Antrags-, Nutzungs- und Sperrregelungen für den elektronischen Praxisausweis (SMC-B) im Bereich der KZV Land Brandenburg.

Informieren Sie sich auf der Homepage der KZV Land Brandenburg ([www.kzvlb.de](http://www.kzvlb.de)) unter:

**Service für die Praxis/Telematik und IT** oder **Service für die Praxis/Downloadcenter/EDV**

- Die Broschüre der KZBV: Anbindung an die Telematikinfrastruktur
- Die Antrags-, Nutzungs-, und Sperrregelungen für den elektronischen Praxisausweis (SMC-B) im Bereich der KZV Land Brandenburg, beschlossen vom Vorstand am 25.10.2017

Sie können sich auch an die Hotline Online-Rollout wenden: 0331 2977-100 oder alternativ eine E-Mail senden: [online-rollout@kzvlb.de](mailto:online-rollout@kzvlb.de)