

**Antrag auf Zulassung
eines zahnärztlichen Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ)
gem. § 95 Abs. 1 SGB V**

I. vollständiger Name / Bezeichnung des MVZ:

.....

II. Rechtsform des MVZ:

- **Gesellschaft bürgerlichen Rechts**
Aktueller Gesellschaftsvertrag bitte beifügen.
- **Partnerschaftsgesellschaft**
Aktueller Gesellschaftsvertrag sowie
aktueller Auszug aus Partnerschaftsregister bitte beifügen.
- **Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH)**
Aktueller Gesellschaftsvertrag,
aktueller Auszug aus Handelsregister,
aktueller Ausdruck der Liste der Gesellschafter i.S.d. § 40 GmbHG bitte beifügen.
- **Eingetragene Genossenschaft (e.G.)**
Aktuelle Satzung sowie
aktueller Auszug aus dem Genossenschaftsregister
aktueller Ausdruck der Mitgliederliste i.S.d. § 32 GenG bitte beifügen.
- **Bei Kommunen in öffentlich-rechtlicher Rechtsform**
Satzung und sonstige Unterlagen bitte beifügen.

III. Standort / Anschrift des MVZ (Vertragszahnarztsitz):

- **Straße, Hausnummer:**.....
- **Postleitzahl, Ort:**
- **Telefon:**.....
- **Fax:**.....
- **E-Mail:**.....

IV. Die Zulassung des MVZ wird beantragt mit Wirkung zum:

Datum:

V. Gründer (Gesellschafter) des MVZ:

Nach § 95 Abs.1 a SGB V können Gründer eines MVZ sein: zugelassene Zahnärzte, zugelassene Krankenhäuser, Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Abs. 3 SGB V, gemeinnützige Träger, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung teilnehmen oder Kommunen.

Gründer 1:

Titel, Name, Vorname:.....
Anschrift privat:
Telefon privat:
Telefax privat:.....
E-Mail privat:.....

Anschrift dienstlich:.....
Telefon dienstlich:.....
Telefax dienstlich:.....
E-Mail dienstlich:

Gründer 2:

Titel, Name, Vorname:.....
Anschrift privat:
Telefon privat:
Telefax privat:.....
E-Mail privat:.....

Anschrift dienstlich:.....
Telefon dienstlich:.....
Telefax dienstlich:.....
E-Mail dienstlich:

Gründer 3:

Titel, Name, Vorname:.....
Anschrift privat:
Telefon privat:
Telefax privat:.....
E-Mail privat:.....

Anschrift dienstlich:.....
Telefon dienstlich:.....
Telefax dienstlich:.....
E-Mail dienstlich:

Weitere Gründer bitte auf gesondertem Blatt anführen.

Zu den Gründern sind jeweils Nachweise zu den Gründungsvoraussetzungen durch Urkunden im Original oder in amtlich beglaubigter Form beizufügen:

- bei Vertragszahnarzt: Zahnarztregisterauszug (bei Zahnärzten außerhalb der KZV Land Brandenburg)
- bei zugelassenem Krankenhaus nach § 108 SGB V: Versorgungsvertrag oder sonstige Nachweise nach § 108 SGB V
- bei gemeinnützigem Träger, der aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmen: Bescheid über Zulassung oder Ermächtigung zur vertragszahnärztlichen Versorgung sowie Nachweis Gemeinnützigkeit

VI. Handlungsbevollmächtigte des MVZ (z.B. Geschäftsführer):

1. **Name, Vorname:**.....
Titel:.....
Telefon:.....
Fax:.....
E-Mail:.....

2. **Name, Vorname:**.....
Titel:.....
Telefon:.....
Fax:.....
E-Mail:.....

VII. Zahnärztlicher Leiter des MVZ:

Der zahnärztliche Leiter muss nach § 92 Abs. 1 Satz 3 SGB V im MVZ selbst als Vertragszahnarzt oder als angestellter Zahnarzt tätig sein; er ist in medizinischen Fragen weisungsfrei.

Ein Nachweis über die Ernennung / Berufung als zahnärztlicher Leiter (z.B. Arbeitsvertrag, Ergänzungsvereinbarung) ist beizufügen.

Titel, Name, Vorname:.....
Anschrift privat:
Telefon privat:
Telefax privat:.....
E-Mail privat:.....

Anschrift dienstlich:.....
Telefon dienstlich:.....
Telefax dienstlich:.....
E-Mail dienstlich:

VIII. Räume

Das Vorhandensein geeigneter Räume und die Zustimmung des Vermieters zum Betreiben eines medizinischen Versorgungszentrums in diesen Räumen wird mit den diesem Antrag beigelegten Unterlagen (z.B. Mietoption, bereits bestehender Mietvertrag usw.) belegt.

IX. Trägergesellschaft des MVZ:

Name (lt. Vertrag):.....
ggf. abweichende Anschrift der Trägergesellschaft:
.....
Handlungsbevollmächtigter:
Telefon:.....
Telefax:.....
E-Mail:.....

X. Angabe zu den Zahnärzten, die im MVZ tätig werden sollen:

1. Vertragszahnärzte (mit eigener Zulassung):

1.1. Titel, Name, Vorname:.....
Privatanschrift:.....
Telefon:.....
Fax:.....
E-Mail:

1.2. Titel, Name, Vorname:.....
Privatanschrift:.....
Telefon:.....
Fax:.....
E-Mail:

1.3. Titel, Name, Vorname:.....
Privatanschrift:.....
Telefon:.....
Fax:.....
E-Mail:

1.4. Titel, Name, Vorname:.....
Privatanschrift:.....
Telefon:.....
Fax:.....
E-Mail:

Sofern die bisherige Praxisanschrift der o.g. Vertragszahnärzte nicht mit der Anschrift des MVZ übereinstimmt, sind von den entsprechenden Vertragszahnärzten jeweils gesonderte Anträge auf Verlegung der Vertragspraxis beizufügen.

2. angestellte Zahnärzte:

Für die Genehmigung zur Anstellung der im MVZ angestellten Zahnärzte sind jeweils gesonderte Anträge auf Genehmigung der Anstellung im MVZ beizufügen.

2.1. Titel, Name, Vorname:.....
Privatanschrift:.....
Telefon:.....
Fax:.....
E-Mail:

2.2. Titel, Name, Vorname:.....
Privatanschrift:.....
Telefon:.....
Fax:.....
E-Mail:

