

Eingangsstempel:



Kassenzahnärztliche Vereinigung  
Land Brandenburg  
Helene-Lange-Str. 4-5  
14469 Potsdam

Tel.: 0331 2977-152  
E-Mail: zulassung@kzvlb.de  
Internet: kzvlb.de

Register-Nummer:

Datum / Eintrag:

## Antrag auf Eintragung in das Zahnarztregister

**Hinweis:** Sofern Sie bereits in einem Zahnarztregister einer anderen KZV eingetragen sind, wird dieser Antrag nicht notwendig.

Bei personenbezogenen Bezeichnungen wurde aus Gründen der besseren Lesbarkeit die männliche Bezeichnung gewählt.

### 1. Antragsteller

Name, Titel: \_\_\_\_\_ ggf. Geburtsname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_

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

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Fremdsprachen: \_\_\_\_\_

Wohnanschrift: \_\_\_\_\_

Telefon mobil: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Datum des Staatsexamens bzw. der zahnärztlichen Prüfung: \_\_\_\_\_

Entsprechend der beigelegten Nachweise/Urkunden liegen vor:

- ☐ Approbation als Zahnarzt ☐ Approbation als Arzt
- ☐ Promotion (Dr. med. dent.) ☐ andere Promotion Dr. \_\_\_\_\_

Anerkennung als Facharzt/-zahnarzt und Gebietsbezeichnungen:

- ☐ Kieferorthopädie ☐ Oralchirurgie ☐ Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
- ☐ Parodontologie ☐ Implantologie ☐ \_\_\_\_\_

weitere Titel, akademische Grade und Anerkennungen (z.B. Masterabschluss, Professur): \_\_\_\_\_

Wurde die Approbation in der Vergangenheit ruhend gestellt oder entzogen? \_\_\_\_\_

Wurde in der Vergangenheit ein Berufsverbot verhängt? \_\_\_\_\_

Gemäß § 3 Abs. 2 Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte (Zahnärzte-ZV) ist die **Voraussetzung für die Eintragung** in das Zahnarztregister

- a) die Approbation als Zahnarzt
- b) die Ableistung einer mindestens zweijährigen Vorbereitungszeit (gilt nicht für Zahnärzte, die in einem Mitgliedsstaat der EU oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ein anerkanntes Diplom erworben haben **und** zur Berufsausübung zugelassen sind (vgl. § 3 Abs. 4 Zahnärzte-ZV). **Die Zulassung zur Berufsausübung ist nachzuweisen!**)

## 2. Lückenlose Aufstellung der seit der Approbation ausgeübten zahnärztlichen Tätigkeiten

Zeugnisse oder Bescheinigungen müssen dem Antrag beigelegt werden. Auch zahnärztliche Tätigkeiten bei der Bundeswehr, Vertretungen von Zahnärzten sowie etwa frühere vertragszahnärztliche Tätigkeiten oder Anstellungen sind anzugeben.

<b>Tätigkeiten in unselbstständiger Anstellung</b> (als Assistent, angestellter Zahnarzt oder Vertreter) in zeitlicher Reihenfolge von – bis	<b>bei Zahnarzt / Zahnklinik / Bundeswehr</b>

## 3. Diesem Antrag liegen folgende Unterlagen bei:

Urkunden sind als Urschriften oder amtlich beglaubigte Kopien einzureichen. Bei ausländischen Dokumenten wird zusätzlich eine amtlich beglaubigte deutsche Übersetzung benötigt.

- ☐ eine einfache Kopie des Personalausweises (Vorder- und Rückseite) oder ggf. Pass
- ☐ Geburtsurkunde ☐ ggf. Urkunde Namensänderung (z. B. Eheurkunde)
- ☐ Staatsexamen/zahnärztliche Prüfung (einfache Kopie ist ausreichend)
- ☐ Approbationsurkunde/n
- ☐ Urkunde/n über die Anerkennung als Fachzahnarzt/-arzt oder ggf. Gebietsbezeichnungen
- ☐ Promotionsurkunde/n
- ☐ Nachweis(e) über abgeleistete Vorbereitungsassistentenzeit im Original  
**(Wichtig: Ausstellungsdatum nicht vordatiert und mit Unterschrift des Arbeitgebers!)**
- ☐ ggf. Bescheinigungen über seit der Approbation ausgeübten Tätigkeiten (Klinik, Bundeswehr)
- ☐ ggf. Bestätigung der zuständigen Behörde über die Zulassung zur Berufsausübung (nur bei Diplomen aus E U-Mitgliedsstaaten und wenn keine zweijährige Vorbereitungszeit geleistet wurde)

## 4. Antragsgebühr

Gemäß § 46 Abs. 1 Buchstabe a Zahnärzte-ZV wird für den Antrag auf Eintragung in das Zahnarztregister eine Gebühr in Höhe von 100 € erhoben. Die Gebühr wird mit der Stellung des Antrages fällig. Die Bearbeitung erfolgt erst nach Zahlungseingang. 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**

**Verwendungszweck: Antrag Registereintragung**

Ich versichere hiermit die Richtigkeit und Vollständigkeit der gemachten Angaben, was auch für die lückenlose Aufstellung über die zahnärztliche Tätigkeit gilt, und habe die Gebühr am \_\_\_\_\_ überwiesen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift