

Eingangsstempel:



Register-Nummer:

Datum / Eintrag:

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

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

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 beigefügten Nachweise/Urkunden liegen vor:

- Approbation als Zahnarzt
 Promotion (Dr. med. dent.)

- Approbation als Arzt
 andere Promotion Dr. _____

Anerkennung als Facharzt/-zahnarzt und Gebietsbezeichnungen:

- Kieferorthopädie
 Parodontologie

- Oralchirurgie
 Implantologie

- Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

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

- die Approbation als Zahnarzt
- 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 beigefügt werden. Auch zahnärztliche Tätigkeiten bei der Bundeswehr, Vertretungen von Zahnärzten sowie etwa frühere vertragszahnärztliche Tätigkeiten oder Anstellungen sind anzugeben.

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

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 EU-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 Zahnarztregerister 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: DAAEDEDDXXX
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