

Antrag auf Genehmigung einer/eines angestellten Zahnärztin/Zahnarztes gem. § 32b Z-ZV

Hiermit wird die Genehmigung einer/s angestellten Zahnärztin/Zahnarztes für:

ganztags dreiviertel halbtags viertel ab dem _____ beantragt.

I. Antragsteller

1. Name, Vorname, Titel _____

2. Praxisanschrift _____

a) Ort mit Postleitzahl _____

b) Straße mit Hausnummer _____

3. Abrechnungsnummer _____

II. Anzustellende/r Zahnärztin/Zahnarzt

1. Name _____ 2. Vornamen _____

(auch Geburtsname, falls dieser abweicht)

(Rufname(n) bitte unterstreichen)

3. Geburtsdatum,-ort und-land _____

4. Staatsangehörigkeit _____

5. a) Wohnort mit Postleitzahl _____

b) Straße mit Hausnummer _____

c) Telefon _____

6. a) Datum des Staatsexamens als Zahnarzt _____ Examensort _____

7. a) Datum der gültigen deutschen Approbation als Zahnarzt _____

8. a) Datum der Promotion(en) _____ Ort _____

b) ggf. Anerkennung durch das Ministerium am _____

Titel, der in der Bundesrepublik Deutschland geführt werden darf _____

9. Gebietsbezeichnung _____ anerkannt am _____

10. Sind oder waren Sie in ein Register eingetragen? _____

(Zeitraum mit Angabe der KZV und der Registernummer)

11. a) Sind oder waren Sie zugelassen? _____

(Zeitraum und Niederlassungsort mit Anschrift)

Warum wurde ggf. die Zulassung beendet? _____

Gemäß § 46 Abs. 1 Buchstabe e Zahnärzte-ZV, wird für den Antrag auf Genehmigung eines angestellten Zahnarztes eine Gebühr in Höhe von 120 € 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 angestellter Zahnarzt. Wird die Gebühr nicht innerhalb von 10 Tagen nach Antragstellung eingezahlt, gilt der Antrag als zurückgenommen.

III. Erklärung

Wir versichern hiermit die Richtigkeit und Vollständigkeit der gemachten Angaben, was auch für die lückenlose Aufstellung über die zahnärztliche Tätigkeit gilt und erklären, dass ein gemäß den arbeitsrechtlichen Bestimmungen gültiger Arbeitsvertrag abgeschlossen worden ist.

Ort/Datum

Unterschrift Zahnärztin/Zahnarzt

Unterschrift anzustellende/ r
Zahnärztin/Zahnarzt

I. Dem Antrag auf Genehmigung sind insbesondere folgende Unterlagen des anzustellenden Zahnarztes beizufügen:

1. Geburtsurkunde, ggf. Heiratsurkunde bei Namensänderung
2. Approbationsurkunde
3. ggf. Promotionsurkunde(n) mit der Genehmigung des Ministeriums zur Führung eines im Ausland erworbenen akademischen Grades
4. ggf. Anerkennung einer Gebietsbezeichnung
5. Nachweise über die Ableistung einer mindestens zweijährigen Vorbereitungszeit gem. § 3 Zahnärzte-ZV, aus denen sich eindeutig ergibt:
 - a) in welchem Zeitraum Sie tätig waren
 - b) ob Sie ganz- oder halbtags tätig waren
 - c) dass Sie als Zahnarzt tätig waren
 - d) ob Sie als Assistent oder Vertreter tätig waren

Die Bescheinigung über Ihre letzte zahnärztliche Tätigkeit, die Sie ggf. zum Nachweis der zweijährigen Vorbereitungszeit benötigen, darf nicht vor Ablauf dieser zwei Jahre ausgestellt werden.

6. Anstellungsvertrag
7. einen Lebenslauf, der alle Tatsachen enthalten muss, die für die Genehmigung von Bedeutung sind (versehen mit Datum und Unterschrift).
8. ein polizeiliches Führungszeugnis (Behördenführungszeugnis- Belegart 0).
9. 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 KZVBereich).
10. eine Erklärung über im Zeitpunkt der Antragstellung bestehenden Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse unter Angabe des frühestmöglichen Beschäftigungsverhältnisses
sowie
11. eine Erklärung, ob Sie rauchgiftsüchtig 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).

II. Die Einreichung der Unterlagen 1-4 entfällt, wenn entweder ein aktueller Auszug aus einem Zahnarztregister eingereicht wird, aus dem sich diese Nachweise ergeben, oder diese Angaben aus einem bei der KZVLB anhängigen Antrag auf Registereintragung beigezogen werden können. Die Einreichung der Unterlagen 6-7 entfällt, wenn Lebenslauf und Führungszeugnis aus einem beim Zulassungsausschuss Land Brandenburg anhängigen Antrag auf Zulassung beigezogen werden können. Um einen entsprechenden Hinweis auf diesem Antragsbogen wird gebeten.

III. Können Originale nicht in der Akte verbleiben, wird um Beifügung amtlich beglaubigter Abschriften entsprechend § 29 Verwaltungsverfahren (SGB X) gebeten. Von Notaren, Gerichten und der Zahnärztekammer beglaubigte Abschriften werden ebenfalls anerkannt. Die KZVLB beglaubigt nur von ihr selbst ausgestellte Nachweise. 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 anderer Behörden ausschließlich vorbehalten ist.

Erklärung

Hiermit erkläre ich,

dass für mich zum Zeitpunkt der Unterzeichnung dieser Erklärung
(bitte ankreuzen und ggf. ausfüllen)

keine Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse bestehen

folgende Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse bestehen:

Das frühestmögliche Ende des Beschäftigungsverhältnisses ist der _____

Ferner erkläre ich, dass ich nicht rauschgiftsüchtig bin und auch nicht innerhalb der letzten fünf Jahre gewesen bin. Ich habe mich innerhalb der letzten fünf Jahre keiner Entziehungskur wegen Trunksucht oder Rauschgiftsucht unterzogen.

Gesetzliche Hinderungsgründe stehen der Ausübung meines zahnärztlichen Berufes nicht entgegen.

Name und Titel

Vorname

Ort/Datum

eigenhändige Unterschrift