

Antrag auf Genehmigung zur Anstellung einer Zahnärztin/eines Zahnarztes

(gem. § 32b Zahnärzte-ZV)

Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses
Helene-Lange-Straße 4-5
14469 Potsdam

Telefax: 0331 – 2977 308
E-Mail: zulassung@kzvlb.de

KZV-Abrechnungsstempel

Bitte deutlich lesbar in Druckbuchstaben ausfüllen!

1. Antragsteller (vom Vertragszahnarzt, der Berufsausübungsgemeinschaft oder GF/Trägergesellschaft des MVZ auszufüllen)

Abrechnungsnummer: _____

Titel, Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

2. angestellter Zahnarzt (beantragt wird die Genehmigung zur Anstellung von:)

Titel, Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

in Vollzeit (über 30 Std./Wo.)

in Teilzeit für

25% (bis 10 Std./Wo.)

50% (über 10 bis 20 Std./Wo.)

75 % (über 20 bis 30 Std./Wo.)

Die Anstellung erfolgt gemäß Anstellungsvertrag mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von _____ Stunden.

Datum/Beginn der Anstellung: _____

Hinweis: Die Genehmigung (Beginn der Anstellung) kann frühestens mit dem auf den Sitzungstag des Zulassungsausschusses folgenden Tag erteilt werden.

3. Personenbezogene Zuordnung:

Die personenbezogene Zuordnung erfolgt zur/zum Vertragszahnärztin/Vertragszahnarzt oder zur/zum angestellten Zahnärztin/Zahnarzt: (Titel, Vor- und Nachname, Praxissitz/Standort)

4. Antragsgebühr

Nach § 46 Abs. 1 c Zahnärzte-ZV wird die **Gebühr in Höhe von 120,00 €** mit Stellung des Antrages fällig.

Die Gebühr habe ich am: _____ auf die angegebene Bankverbindung überwiesen:

Deutschen Apotheker- und Ärztebank eG

IBAN: DE50 3006 0601 0003 0726 06

BIC: DAAEDEDXXX

Verwendungszweck: Antrag Gen. angest. ZA, Name des angest. Zahnarztes angeben

Hinweis: Nach rechtskräftiger Anstellungsgenehmigung wird gemäß § 46 Abs. 2c Zahnärzte-ZV durch den Zulassungsausschuss eine Gebühr in Höhe von 400,- Euro erhoben. Die KZVLB hat die Genehmigung in das Angestelltenverzeichnis einzutragen (§ 32 b Abs. 4 Zahnärzte-ZV). Hierfür wird nach § 46 Abs. 2d Zahnärzte-ZV eine Gebühr von 400,- Euro erhoben. Mithin werden nach rechtskräftiger Anstellungsgenehmigung Gebühren von 800,- Euro fällig.

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers

5. Angaben zum angestellten Zahnarzt: (vom angestellten Zahnarzt auszufüllen!)

Titel, Name: _____ Vorname(n): _____
(Rufname(n) bitte unterstreichen)

Geburtsname (falls dieser abweicht) _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort/-land: _____

Staatsangehörigkeit _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

E-Mail _____

Fachgebietsbezeichnung: _____ anerkannt am: _____

6. Eintragung Zahnarztregister

Ich bin bereits im Zahnarztregister der KZV _____ eingetragen.

Dem Antrag auf Genehmigung zur Tätigkeit als angestellter Zahnarzt ist ein aktueller Auszug aus dem Zahnarztregister (§ 18 Absatz 1 Zahnärzte-ZV) beizufügen.

Registerauszug ist beigelegt (nicht erforderlich, wenn KZV Land Brandenburg)

Registerauszug wird nachgereicht.

Meine Zahnarztnummer lautet: _____ (9-stellige ZANR, Angabe im Registerauszug)

Ich habe bisher keine Zahnarztnummer.

Ich bin bisher nicht im Zahnarztregister eingetragen.

Hinweis:

Eine Anstellungsgenehmigung gem. § 32b Zahnärzte-ZV kann nur für Zahnärzte erteilt werden, die im Zahnarztregister eingetragen sind. Die Eintragung in das Zahnarztregister erfolgt nach dem Wohnortprinzip; d.h. es ist die KZV des Bundeslandes zuständig, in dem der Wohnort des einzutragenden Zahnarztes liegt.

Dem Antrag auf Genehmigung zur Tätigkeit als angestellter Zahnarzt ist ein Antrag auf Eintragung in das Zahnarztregister der KZV Land Brandenburg beigelegt.

Es wurde am _____ ein Antrag auf Eintragung in das Zahnarztregister bei der zuständigen Wohnort-KZV beantragt.

7. Erklärung (bitte ankreuzen und ggf. ausfüllen)

Hiermit erkläre ich, dass für mich zum Zeitpunkt der Unterzeichnung dieser Erklärung

keine Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse bestehen

folgende Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse bestehen:

Das frühestmögliche Ende des Beschäftigungsverhältnisses ist der _____

Ferner erkläre ich, dass ich weder drogen- noch alkoholabhängig bin, auch nicht innerhalb der letzten fünf Jahre gewesen bin und dass ich mich auch innerhalb der letzten fünf Jahre keiner Entziehungskur wegen Trunksucht oder Rauschgiftsucht unterziehen musste.

Außerdem erkläre ich, dass kein strafrechtliches Ermittlungsverfahren im Zusammenhang mit der Ausübung meiner zahnärztlichen Tätigkeit sowie kein Verfahren über die (auch vorläufige) Entziehung, das Ruhen der Approbation gegen mich anhängig ist bzw. war und keine gesetzlichen Hinderungsgründe der Ausübung meines zahnärztlichen Berufes entgegenstehen.

Ort / Datum

Name des Angestellten
(in Druckbuchstaben)

Unterschrift (angestellter Zahnarzt)

8. Hinweise und Pflichten

Wir versichern hiermit die Richtigkeit und Vollständigkeit der gemachten Angaben.

Ein gemäß den arbeitsrechtlichen Bestimmungen gültiger Arbeitsvertrag wurde abgeschlossen.

Uns ist bekannt, dass auch für angestellte Zahnärzte die Pflicht zur Teilnahme am zahnärztlichen Bereitschaftsdienst (Notdienst) besteht.

Der angestellte Zahnarzt wurde über die Verpflichtung zur fachlichen Fortbildung nach § 95 d SGB V informiert.

Seit dem 20.07.2021 muss nach Maßgabe des § 95e SGB V durch den antragstellenden Praxisinhaber (Vertragszahnarzt, Berufsausübungsgemeinschaft oder GF/Trägergesellschaft des MVZ) bei Beantragung einer Anstellungsgenehmigung gegenüber dem Zulassungsausschuss ein ausreichender Berufshaftpflichtversicherungsschutz nachgewiesen werden. Es ist daher bei jeder Antragstellung eine aktuelle Versicherungsbescheinigung nach § 113 Abs. 2 VVG i. V. m. § 95e SGB V einzureichen (eine Kopie der Berufshaftpflichtversicherung-Police reicht als Nachweis nicht aus). Die Mindestversicherungssumme beträgt fünf Millionen Euro für Personen- und Sachschäden für jeden Versicherungsfall; die Leistungen des Versicherers für alle innerhalb eines Jahres verursachten Schäden dürfen nicht weiter als auf den dreifachen Betrag der Mindestversicherungssumme begrenzt werden.

Ort / Datum

Unterschrift
Antragsteller (anstellender Zahnarzt)

Unterschrift
angestellter Zahnarzt

9. Anlagen zum Antrag

Diesem Antrag liegen folgende Unterlagen bei:

Unterlagen des angestellten Zahnarztes

- aktueller Auszug aus dem Zahnarztregister (wenn nicht KZV Land Brandenburg)
- Führungszeugnis (zur Vorlage bei einer Behörde nach § 30 Abs. 5 BRZG) wurde am _____ beantragt.
- Lebenslauf (mit Lichtbild, Datum und Unterschrift)

Unterlagen des Antragstellers (Vertragszahnarzt, Berufsausübungsgemeinschaft, GF/Trägergesellschaft MVZ)

- Kopie Anstellungs-/Arbeitsvertrag
- aktuelle Versicherungsbescheinigung nach § 113 Abs. 2 VVG i. V. m. § 95e SGB V (eine Kopie der Berufshaftpflichtversicherung-Police reicht als Nachweis nicht aus)

Zulassungsausschuss für Zahnärzte Land Brandenburg

Zur Vorlage bei Ihrer zuständigen Meldebehörde

Gemäß § 18 Abs. 2 Nr. 2 i.V.m. § 32 Abs. 2 der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte (Zahnärzte-ZV) ist für die **Antragstellung zur Genehmigung der Beschäftigung angestellter Zahnärzte/Zahnärztinnen** die Vorlage eines polizeilichen Führungszeugnisses erforderlich.

Bitte **Führungszeugnis zur Vorlage bei einer Behörde gem. § 30 Abs. 5 BZRG** anfordern:

Ort: bei der zuständigen Stadt-/Gemeindeverwaltung (Wohnsitz)

Belegart: „zur Vorlage bei einer Behörde“

Sollten Sie über die Staatsangehörigkeit eines anderen Mitgliedstaates der Europäischen Union (EU) verfügen, bitten wir Sie um Beantragung eines europäischen Führungszeugnisses gem § 30b BZRG.

Verwendungszweck: Anstellung bei einem Vertragszahnarzt

Empfänger angeben: Zulassungsausschuss für
Zahnärzte Land Brandenburg
Helene-Lange-Straße 4-5
14469 Potsdam

Bitte denken Sie beim Anfordern an: Personalausweis oder Reisepass
Gebühr für das Führungszeugnis

Versicherungsbescheinigung gemäß § 113 Abs. 2 VVG i.V.m. § 95e SGB V
über das Bestehen eines Betriebs-/Berufshaftpflichtversicherungsschutzes für Medizinische
Versorgungszentren (MVZ)¹ sowie Vertragszahnärzte mit angestellten Zahnärzten und
Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) mit angestellten Zahnärzten (nachfolgend:
Leistungserbringer)

Name und Sitz des Leistungserbringers²: _____

Falls abweichende Trägergesellschaft: Name und Sitz des Rechtsträgers: _____

Versicherungsschein-Nr. _____

Versicherungsunternehmen: _____

Hiermit bestätigen wir, dass bei uns eine § 95e Abs. 5 Satz 3 SGB V entsprechende Pflichtversicherung für die gesamte von dem Leistungserbringer ausgehende zahnärztliche Tätigkeit besteht.

Die Versicherungssumme³ beträgt EUR _____⁴ für Personen- und Sachschäden für jeden Versicherungsfall. Die Leistungen für alle innerhalb eines Jahres verursachten Schäden sind nicht weiter als nach § 95e SGB V zulässig begrenzt.

Ort, Datum

(Faksimilierte) Unterschrift des Versicherungsunternehmens

¹ Diese Bescheinigung ist für MVZ mit angestellten Zahnärzten und mit zugelassenen Vertragszahnärzten zu verwenden.

² Unabhängig davon, ob ein MVZ rechtlich unselbständig ist oder eine eigene Rechtspersönlichkeit hat, ist für jedes einzelne MVZ als Leistungserbringer eine Versicherungspflicht gegeben und mittels Bestätigung nach § 113 Abs. 2 VVG nachzuweisen. Zulässige weitere Tätigkeitsorte des MVZ sind im Versicherungsschutz des MVZ eingeschlossen. Eine namentliche Nennung der zulässigen weiteren Tätigkeitsorte des MVZ ist nicht erforderlich.

³ Die Mindestversicherungssumme beträgt nach § 95e Abs. 5 Satz 2 SGB V mindestens fünf Millionen Euro für Personen- und Sachschäden für jeden Versicherungsfall. Die Leistungen des Versicherers für alle innerhalb eines Jahres verursachten Schäden dürfen nicht weiter als auf den dreifachen Betrag der Mindestversicherungssumme begrenzt werden.

⁴ Anzugeben ist die tatsächliche Versicherungssumme.