

An den  
Zulassungsausschuss-Zahnärzte  
für den Bezirk Land Brandenburg bei der  
Kassenzahnärztlichen Vereinigung Land Brandenburg KdÖR  
Helene-Lange-Straße 4-5  
14469 Potsdam

## Antrag auf Zulassung eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) zur Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung gemäß § 95 SGB V

**Hinweis:** Zur Vermeidung von Verzögerungen bei der Entscheidung über Ihren Antrag wird dringend empfohlen, die vollständigen Antragsunterlagen frühzeitig, d.h. mindestens 6 Wochen vor der von Ihnen avisierten Sitzung des Zulassungsausschusses, bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses einzureichen.

### I. Angaben zum Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ):

(Hinweis: Das Wort „MVZ“ ist Pflichtbestandteil des Namens.)

1. Name des MVZ: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. Anschrift/Betriebsstandort: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_
4. E-Mail: \_\_\_\_\_

II. Zulassung beantragt zum (Datum): \_\_\_\_\_

### III. Trägergesellschaft des MVZ

Die Zulassung des MVZ am Standort des MVZ wird durch folgende Trägergesellschaft beantragt.

#### 1. Allgemeine Angaben zur Trägergesellschaft

(Der Name der Trägergesellschaft muss die Gesellschaftsform beinhalten. Name, Anschrift und Vertretungsbefugnis der Trägergesellschaft ergeben sich aus dem Gesellschafts- bzw. Partnerschaftsvertrag oder Satzung und bei einer Partnerschaftsgesellschaft, einer GmbH oder einer eingetragenen Genossenschaft aus dem Registerauszug.)

- 1.1 Name: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 1.2 Kontaktdaten: \_\_\_\_\_
- Anschrift: \_\_\_\_\_
- Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_
- E-Mail: \_\_\_\_\_

1.3 Vertretungsberechtigte  
bzw. Geschäftsführer: \_\_\_\_\_

## 2. Rechtsform der Trägergesellschaft

(Die gewählte Rechtsform ist durch das Beifügen aller bei der jeweiligen Rechtsform aufgeführten Unterlagen als **einfache Kopie** nachgewiesen.)

☐ **Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR)**

Nachweis:

☐ Gesellschaftsvertrag nach § 705 BGB

☐ **Partnerschaftsgesellschaft (PartG)**

Nachweise:

☐ Partnerschaftsvertrag gem. § 3 PartGG

☐ aktueller Auszug aus dem Partnerschaftsregister gem. § 4 PartGG (nicht älter als 3 Monate)

☐ **eingetragene Genossenschaft (eG)**

Nachweise:

☐ Satzung nach § 5 GenG

☐ aktueller Auszug aus dem Genossenschaftsregister gem. § 10 GenG (nicht älter als 3 Monate)

☐ aktueller Ausdruck der Mitgliederliste gem. § 30 GenG

☐ **Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH)**

Nachweise:

☐ Gesellschaftsvertrag gem. §§ 2, 3 GmbHG

☐ aktueller Auszug aus dem Handelsregister gem. § 7 GmbHG  
(nicht älter als 3 Monate)

☐ aktuelle Gesellschafterliste gem. § 40 GmbHG aus dem Handelsregister (nicht älter als 3 Monate)

☐ Sicherheitsnachweis

☐ selbstschuldnerische Bürgschaftserklärung nach § 95 Abs. 2 Satz 6 SGB V  
oder

☐ Sicherheitsleistung nach § 232 BGB

☐ **öffentlich-rechtliche Rechtsform (bei Kommunen)**

Nachweise:

☐ Satzung

☐ sonstige Unterlagen \_\_\_\_\_

#### IV. Gesellschafter der Trägergesellschaft

(Mehrfachnennungen sind möglich. Aufzuführen sind alle Gesellschafter der Trägergesellschaft.

Die Gründereigenschaft ist durch das Beifügen aller beim jeweiligen Gründungsberechtigten aufgeführten Unterlagen als einfache Kopie nachgewiesen. **Sollten die Zeilen nicht ausreichen, bitte Beiblatt verwenden.)**

##### 1. Vertragszahnärztin/Vertragszahnarzt

Titel, Name, Vorname: \_\_\_\_\_

bisherige Abrechnungs-Nr.: \_\_\_\_\_

Kontakt Daten: \_\_\_\_\_

Anschrift (privat): \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Anschrift (dienstl.): \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Die Zulassung des Gründers wird

☐ aufgegeben und soll durch eine Anstellungsgenehmigung im MVZ ersetzt werden (Antrag auf Genehmigung einer/eines angestellten Zahnärztin/Zahnarztes gem. 32b Z-ZV und die Verzichtserklärung sind separat als Anlage beizufügen.)

☐ aufrechterhalten und in dieses MVZ  
☐ teilweise oder  
☐ vollständig  
eingebracht werden

☐ aufrechterhalten und bleibt an dem bisherigen Standort bestehen. Der Gründer wird nicht im MVZ tätig.

##### Nachweis über die Gründereigenschaft

☐ aktueller Auszug aus dem Zahnarztregister (nicht älter als 3 Monate) – nicht erforderlich bei Eintragung im Zahnarztregister der KZVLB

##### 2. Zugelassenes Krankenhaus nach § 108 SGB V

Name des Krankenhauses: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Rechtsform der Trägergesellschaft  
des Krankenhauses: \_\_\_\_\_

Name der Trägergesellschaft  
des Krankenhauses: \_\_\_\_\_

Anschrift der Gesellschaft: \_\_\_\_\_

Geschäftsführer(in) der Gesellschaft: \_\_\_\_\_

Nachweis über die Gründereigenschaft

☐ Nachweis über die Anerkennung als Hochschulklinik

oder

☐ Nachweis über die Aufnahme in den Krankenhausplan des Landes Brandenburg

oder

☐ Versorgungsvertrag i.S.d. § 109 SGB V

und

☐ Gesellschaftsvertrag der Krankenhausträgersgesellschaft

☐ Auszug aus dem Handelsregister von der Krankenhausträgersgesellschaft

**3. Gemeinnütziger Träger**

Name des gemeinnützigen Trägers: \_\_\_\_\_

Kontaktdaten:

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Rechtsform der Gesellschaft: \_\_\_\_\_

Name der Gesellschaft: \_\_\_\_\_

Anschrift der Gesellschaft: \_\_\_\_\_

Geschäftsführer(in) der Gesellschaft: \_\_\_\_\_

Nachweise über die Gründereigenschaft

☐ Bescheid über die Zulassung bzw. Ermächtigung zur vertragszahnärztlichen Versorgung

☐ Nachweis der Gemeinnützigkeit

**4. Kommune**

Name der Gemeinde: \_\_\_\_\_

Kontaktdaten:

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

Kontaktdaten des Ansprechpartners:

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

## V. Erklärung zu den Gesellschaftern der Trägergesellschaft

Hiermit erklären wir, alle Gesellschafterinnen und Gesellschafter der Trägergesellschaft angegeben zu haben. An der Gesellschaft sind nur solche natürlichen und/oder juristischen Personen beteiligt, die zum Kreis der Gründungsberechtigten nach § 95 Abs. 1a Satz 1 SGB V gehören und in diesem Antragsformular benannt sind. An der Trägergesellschaft sind keine stillen Gesellschafterinnen und Gesellschafter beteiligt.

Unterschrift aller Gründerinnen und Gründer der Trägergesellschaft (Namen bitte auch in Druckbuchstaben angeben)

---

---

---

---

## VI. Angaben zu den Zahnärzten, die im MVZ tätig werden sollen

(Sollten die Zeilen nicht ausreichen, bitte Beiblatt verwenden.)

Im beantragten MVZ sollen tätig werden:

☐

### Vertragszahnärzte

(Hierzu bitte den Antrag auf Zulassung zur vertragszahnärztlichen Versorgung ausfüllen bzw. einen formlosen Antrag auf Verlegung der Zulassung in das MVZ beifügen.)

1. \_\_\_\_\_

Titel, Name, Vorname

☐

Vollzulassung

☐

Teilzulassung

2. \_\_\_\_\_

Titel, Name, Vorname

☐

Vollzulassung

☐

Teilzulassung

3. \_\_\_\_\_

Titel, Name, Vorname

☐

Vollzulassung

☐

Teilzulassung

☐

### angestellte Zahnärzte

(hierzu bitte jeweils den Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung einer/s angestellten Zahnärztin/Zahnarztes gem. § 32b Z-ZV ausfüllen. Sollten die Zeilen nicht ausreichen, bitte Beiblatt verwenden.)

1. \_\_\_\_\_

Titel, Name, Vorname

Wochenstunden:

☐

ganztags (über 30 Std/Woche)

☐

drei Viertel (über 20 bis 30 Std/Woche)

☐

halbtags (über 10 bis 20 Std/Woche)

☐

ein Viertel (bis 10 Std/Woche)

Die konkrete Wochenarbeitszeit laut Arbeitsvertrag beträgt \_\_\_\_\_ Stunden/Woche.

2. \_\_\_\_\_

Titel, Name, Vorname

Wochenstunden:

- ☐ ganztags (über 30 Std/Woche) ☐ drei Viertel (über 20 bis 30 Std/Woche)  
☐ halbtags (über 10 bis 20 Std/Woche) ☐ ein Viertel (bis 10 Std/Woche)

Die konkrete Wochenarbeitszeit laut Arbeitsvertrag beträgt \_\_\_\_\_ Stunden/Woche.

3. \_\_\_\_\_

Titel, Name, Vorname

Wochenstunden:

- ☐ ganztags (über 30 Std/Woche) ☐ drei Viertel (über 20 bis 30 Std/Woche)  
☐ halbtags (über 10 bis 20 Std/Woche) ☐ ein Viertel (bis 10 Std/Woche)

Die konkrete Wochenarbeitszeit laut Arbeitsvertrag beträgt \_\_\_\_\_ Stunden/Woche.

### VII. Zahnärztliche Leitung

(Der zahnärztliche Leiter muss im MVZ selbst als angestellter Zahnarzt oder als Vertragszahnarzt im MVZ mindestens halbtags tätig sein.)

Titel, Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift (privat): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Anschrift (dienstl.): \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Der zahnärztliche Leiter ist:

- ☐ zugelassener Vertragszahnarzt im MVZ  
☐ angestellter Zahnarzt im MVZ

Die Tätigkeit als zahnärztlicher Leiter wird aufgrund der mit dem MVZ geschlossenen Vereinbarung  
über die zahnärztliche Leitung im Umfang von \_\_\_\_\_ Wochenstunden wahrgenommen.

#### Nachweis über die zahnärztliche Leitung

- ☐ Vertrag über die zahnärztliche Leitung  
☐ sonstiger Nachweis

## VIII. Kooperationsform des MVZ

Tätigkeit des MVZ in Praxisgemeinschaft mit

---

## IX. weitere Angaben

Der nach diesem Antrag Gründungsberechtigte i.S.d. § 95 Abs. 1a Satz 1 und Abs. 1b SGB V betreibt weitere MVZ

☐ ja

☐ nein

Falls ja:

Die MVZ werden unter folgendem Namen und an folgenden Standorten (bitte die genaue Adresse angeben) betrieben.

(Sollten die Zeilen nicht ausreichen, bitte Beiblatt verwenden.)

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

Falls nein:

Tritt das hier beantragte MVZ mit anderen MVZ nach außen gemeinschaftlich auf (z.B. gleicher Markenname, gemeinsame Internetseite, gemeinschaftlich genutzter Name)

☐ ja

☐ nein

Falls ja:

Die anderen MVZ werden an folgenden Standorten betrieben:  
(Sollten die Zeilen nicht ausreichen, bitte Beiblatt verwenden)

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

Zusammenschluss der Standorte zu einer ÜBAG: ☐ ja ☐ nein

## X. Räume/weitere Unterlagen

Das Vorhandensein geeigneter Räume und die Zustimmung des Vermieters zum Betreiben eines MVZ in diesen Räumen wird versichert.

Dem Antrag beigelegt ist (Zutreffendes bitte ankreuzen).

☐

Mietoption

☐

Mietvertrag

☐

Praxisübernahmevertrag

☐

Sonstiges \_\_\_\_\_

## XI. Versicherungsbescheinigung

Zum 20.07.2021 ist § 95e SGB V in Kraft getreten, wonach jeder Vertragszahnarzt gegenüber dem Zulassungsausschuss ab sofort einen ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutz nachweisen muss. Die Regelung gilt auch für MVZ. 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.

Versicherungsnehmer ist die MVZ-Trägersgesellschaft. Die Versicherung muss konkret für das hier beantragte MVZ bestehen. Die Bescheinigung stellt der Versicherer aus (bitte reichen Sie nicht die Police ein.)

☐ **Versicherungsbescheinigung nach § 113 Absatz 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit § 95e SGB V**, aus der sich das Bestehen eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes ergibt, ist beigelegt.

☐ Versicherungsbescheinigung wird umgehend nachgereicht. Es besteht Kenntnis darüber, dass die Zulassung ohne Vorlage dieser Unterlage nicht erteilt werden kann.

## XII. Antragsgebühr nach § 46 Abs. 1b ZV-Z

Gemäß § 46 Abs. 1b Zahnärzte-ZV wird für den Antrag auf Zulassung eine Verwaltungsgebühr in Höhe von 100,00 EUR erhoben.

Die Gebühr wird mit Stellung des Antrages fällig und muss bis zwei Wochen vor dem Sitzungstag auf dem genannten Konto eingegangen sein.

Die Antragsgebühr in Höhe von 100,00 EUR für den Antrag auf Zulassung des MVZ wurde

am \_\_\_\_\_ auf das Konto der KZV Land Brandenburg (IBAN: DE50 3006 0601 0003 0726 06, BIC: DAAEDEDXXX, Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Verwendungszweck: Zulassungsantrag MVZ überwiesen.)

Der Überweisungsbeleg ist diesem Antrag beigelegt.

**Hinweis:** Nach rechtskräftiger Zulassung ist nach § 46 Abs. 2a ZV-Z eine Gebühr in Höhe von 400,00 € fällig.

## XIII. Erklärung

Als Gesellschafter und nach § 95 Abs. 1a Satz 1 SGB V zur Gründung des MVZ Berechtigte(r) versichere ich/ versichern wir, dass die gemachten Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Änderungen oder Ergänzungen nach Genehmigung des MVZ werden vom Unterzeichner / von den Unterzeichnern der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Land Brandenburg unverzüglich schriftlich unter Einreichung der erforderlichen Unterlagen mitgeteilt.

Es ist bekannt, dass die Tätigkeit des MVZ auf den unter Abschnitt I genannten Sitz (Ort der Niederlassung/ Betriebsstätte) beschränkt ist.

Die Abrechnung der vertragszahnärztlichen Leistungen gegenüber der KZV Land Brandenburg wird gemäß Vorgabe des Bundesmantelvertrages-Zahnärzte und weiterer Rechtsvorschriften (u.a. SGB V, Satzung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Land Brandenburg) mittels EDV unter Verwendung von genehmigter Software durchgeführt. Das Medizinische Versorgungszentrum und die einzelnen Mitglieder werden in den Verzeichnissen der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Land Brandenburg geführt.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum/Name in DRUCKBUCHSTABEN

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vertretungsberechtigte/-r  
der MVZ-Trägersgesellschaft

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum/Name in DRUCKBUCHSTABEN

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vertretungsberechtigte/-r  
der MVZ-Trägersgesellschaft

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum/Name in DRUCKBUCHSTABEN

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vertretungsberechtigte/-r  
der MVZ-Trägersgesellschaft