

Antrag auf Eintragung in das Zahnarztregister der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Land Brandenburg

(Es wird um deutliche Schrift gebeten – die Hinweise auf Seite 2 sind zu beachten)

Hiermit beantrage ich die Eintragung in das Zahnarztregister der KZVLB

1. Name _____
(auch Geburtsname, falls dieser abweicht)
2. Vornamen _____
(Rufname(n) bitte unterstreichen)
3. Geburtsdatum, -ort und -land _____
4. Staatsangehörigkeit _____
5. Fremdsprachenkenntnisse _____
6. a) Wohnort mit Postleitzahl _____
b) Straße mit Hausnummer _____
c) Telefonnummer mit Vorwahl _____
7. a) Datum des Staatsexamens als Zahnarzt _____ ggf. als Arzt _____
b) Examensort/Examensland _____
8. a) Datum der deutschen Approbation _____ ggf. als Arzt _____
b) durch Behörde _____
9. a) Datum der Promotion(en) _____ Ort _____
b) ggf. Anerkennung durch das Ministerium am _____
Titel, der in der Bundesrepublik Deutschland geführt werden darf _____
10. Gebietsbezeichnung _____ anerkannt am _____
11. Derzeitige Tätigkeit (ggf. mit Praxisanschrift) _____

12. a) Sind oder waren Sie in ein Register eingetragen?
(Zeitraum mit Angabe der KZV und Registernummer) _____
b) Warum ist ggf. die Streichung erfolgt? _____
13. a) Sind oder waren Sie zugelassen?
(Zeitraum und Niederlassungsort mit Anschrift) _____

b) Warum wurde ggf. die Zulassung beendet? _____
14. Ruhte die Approbation oder wurde sie zwischenzeitlich entzogen? _____
15. Wurde zwischenzeitlich ein Berufsverbot verhängt? _____

Gemäß § 46 Abs. 1 Buchstabe a Zahnärzte-ZV wird für den Antrag auf Eintragung in das Zahnarztregister eine Gebühr in Höhe von 100 € erhoben. (Entfällt wenn lediglich eine Umtragung aus einem anderen KZV-Bezirk begehrt wird) 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 Registereintrag. Wird die Gebühr nicht innerhalb von 10 Tagen nach Antragstellung eingezahlt, gilt der Antrag als zurückgenommen. 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

eigenhändige Unterschrift Zahnärztin/Zahnarzt

I. Dem Antrag auf Eintragung in das Zahnarztregister sind insbesondere folgende Unterlagen beizufügen:

1. Geburtsurkunde sowie Nachweis über die Staatsangehörigkeit
2. ggf. Heiratsurkunde bei Namensänderung
3. ggf. Urkunden über Namensänderungen
4. ggf. Urkunde über das im Ausland erworbene Zahnarzt Diplom
5. Approbationsurkunde sowie Nachweis über das Datum des Staatsexamens
6. ggf. Approbationsurkunde als Arzt einschließlich eines Nachweises über das Datum des Staatsexamens
7. ggf. Promotionsurkunde(n)
8. ggf. Genehmigung des Ministeriums zur Führung eines im Ausland erworbenen akademischen Grades
9. ggf. Anerkennung einer Gebietsbezeichnung (z.B. Kieferorthopäde)
10. Nachweis über die Ableistung der eventuell vorgeschriebenen Vorbereitungszeit gemäß § 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
11. 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.
12. Nachweise über sämtliche sonstige zahnärztliche Tätigkeiten
13. ggf. Genehmigungen des Ministeriums zur Ausübung der Zahnheilkunde (Berufserlaubnis)

II. Können Originale nicht in der Registerakte 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.

III. Urkunden und Nachweise aus dem Ausland sind in der Muttersprache und in einer beglaubigten Übersetzung einzureichen.

IV. Können die benötigten Unterlagen nicht vorgelegt werden, sind die nachzuweisenden Tatsachen glaubhaft zu machen. Zur Glaubhaftmachung der Approbation als Zahnarzt und der zahnärztlichen Tätigkeit genügt eine eidesstattliche Erklärung von Ihnen allein nicht.

§ 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 anderen Behörden ausschließlich vorbehalten ist.

(3) Eine Abschrift wird beglaubigt durch einen Beglaubigungsvermerk, der unter die Abschrift zu setzen ist.

Der Vermerk muss enthalten:

1. die genaue Bezeichnung des Schriftstückes, dessen Abschrift beglaubigt wird,
2. die Feststellung, dass die beglaubigte Abschrift mit dem vorgelegten Schriftstück übereinstimmt,
3. den Hinweis, dass die beglaubigte Abschrift nur zur Vorlage bei der angegebenen Behörde erteilt wird, wenn die Unterschrift nicht von einer Behörde ausgestellt worden ist,
4. den Ort und den Tag der Beglaubigung, die Unterschrift des für die Beglaubigung zuständigen Bediensteten und das Dienstsiegel.

Anlage zum Antrag auf Eintragung in das Zahnarztregister bzw. zur Zulassung

Name und Titel _____ Vorname _____

Lückenlose Aufstellung über die zahnärztliche (unselbständige und selbständige) Tätigkeit
- in zeitlicher Reihenfolge - seit dem Sie hierzu berechtigt sind (In- und Ausland)

Ausgeübte zahnärztliche Tätigkeit

von (Datum)	bis (Datum)	Art der Tätigkeit (Assistent/Vertreter/selbstständig)	bei wem	Ort/ggf. Land

Falls die Tätigkeit unterbrochen wurde, wird um Bekanntgabe des Grundes sowie des Zeitraumes gebeten: