

Antrag auf Verlegung des Vertragszahnarztsitzes

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

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

aktuelle Wohnanschrift: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

2. Ich beantrage die Verlegung meines Vertragszahnarztsitzes:

von: bisherige Praxisanschrift (PLZ, Ort, Straße Nr., Telefon)

nach: Anschrift der neuen Praxis (PLZ, Ort, Straße Nr., Telefon, E-Mail)

Hinweis: Die Mietoption, die Kopie des Mietvertrages bzw. der Eigentumsnachweis sind dem Antrag beizufügen. Im Falle der Untervermietung ist das Einverständnis des Vermieters beizubringen. Der Zulassungsausschuss kann erst nach Vorlage aller Unterlagen entscheiden.

liegt bei wird nachgereicht

Die Praxissitzverlegung soll zum _____ erfolgen.

Hinweis: Die Verlegung des Vertragszahnarztsitzes muss durch den Zulassungsausschuss genehmigt werden und kann frühestens mit dem auf den Sitzungstag des Zulassungsausschusses folgenden 1. Tag d. M. erteilt werden.

3. Begründung für die Verlegung:

4. Praxisführung

- Ich führe dort eine Einzelpraxis.
- Ich übernehme die Praxis von: _____
- Ich arbeite in Praxisgemeinschaft mit: _____
- Ich arbeite in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) mit: _____

- Meine bisherige BAG wird am neuen Standort weitergeführt.
(Hinweis: In diesem Fall ist der Antrag auf Sitzverlegung von jedem Partner der BAG zu stellen.)
- Ich führe eine überörtliche BAG mit: _____
- Ich löse meine Praxisgemeinschaft/BAG mit: _____
zum _____ auf.

Hinweis: Bei Auflösung einer BAG ist das von den Partnern der BAG unterschriebene Formular "Mitteilung über die Auflösung einer BAG" beizufügen. Das Formular finden Sie auf der Website: www.kzvlb.de (Service/Downloadcenter/Zulassung)

Bitte beachten Sie zudem, dass die Auflösung einer BAG und Fortführung als Einzelpraxis mit einem Abrechnungsnummernwechsel und der Beantragung eines neuen Praxisausweises (SMC-B Card) verbunden ist.

- Ich verlege meine Zulassung in das MVZ _____

5. Praxisausstattung für den Zugang zur Telematikinfrastruktur (TI)

- Verfügbarkeit / weitere Nutzung der Komponenten in der Praxis (Praxisübernahme)
- Erstausrüstung ist vorhanden und wird am neuen Standort eingesetzt
- Neuausrüstung und Anbindung der Praxis an die TI notwendig

6. Antragsgebühr

Mit der Stellung des Antrags wird eine **Gebühr in Höhe von 120 €** fällig (§ 46 Abs. 1 c Zahnärzte-ZV), die hiermit angefordert wird. Wir weisen darauf hin, dass über Ihren Antrag erst nach Errichtung der Gebühr verhandelt werden kann (§ 38 Zahnärzte-ZV).

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 Praxissitzverlegung; Name

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit der gemachten Angaben.

Ort/Datum

Antrag Praxissitzverlegung
Stand: Juli 2022

Unterschrift