

Antrag auf Zulassung als Vertragszahnarzt im Bereich der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Land Brandenburg

(Es wird um Druckschrift gebeten. Bitte beachten Sie die Hinweise auf Seite 2 sowie auf Seite 3 zur Beantragung des elektronischen Praxisausweises - SMC-B)

Hiermit beantrage ich die Zulassung als
(Zutreffendes ankreuzen)

- Vertragszahnarzt
 Vertragszahnarzt für den Bereich Kieferorthopädie
 „Vollzulassung“ „Teilzulassung“

für den Vertragszahnarztsitz (Postleitzahl/Ort/ggf. Ortsteil) _____

Straße/Hausnummer _____

Telefon _____ zum _____

mit Übernahme der Praxis von _____

Es werden die TI-Komponenten übernommen Ja Nein

in Praxisgemeinschaft mit _____

in Berufsausübungsgemeinschaft mit (nur zu Quartalsbeginn) _____

örtliche Berufsausübungsgemeinschaft mit _____

überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft mit _____

unter Vorlage eines von allen zukünftigen Partnern der Berufsausübungsgemeinschaft
unterschiedenen Antrages und BAG-Vertrag

unter der Bezeichnung (Zutreffendes ankreuzen) Zahnarzt
 Zahnarzt/FZA für Oralchirurgie
 Fachzahnarzt für Kieferorthopädie
 Zahnarzt/Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
 Zahnarzt für öffentliches Gesundheitswesen

1. Name und Titel _____ Vorname _____

2. PLZ/Ort _____ Straße _____
Telefonnummer _____ E-Mail-Adresse _____

3. Wohnort am Tag der beabsichtigten Niederlassung _____
Straße _____

4. geboren am _____ in _____ Land _____

5. Staatsangehörigkeit _____

6. eingetragen in das Zahnarztregister bei der KZV _____ am _____

7. derzeitige Tätigkeit _____

8. zur Vertragspraxis zugelassen vom _____ bis _____
in (genaue Anschrift) _____

niedergelassen vom _____ bis _____
Grund einer etwaigen Beendigung _____

9. als Arzt zugelassen vom _____ bis _____
in (genaue Anschrift) _____

Gemäß § 46 Abs. 1 Buchstabe b Zahnärzte-ZV wird für den Antrag auf Zulassung eine Gebühr in Höhe von 100 € 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 Zulassung. Wird die Gebühr nicht innerhalb von 10 Tagen nach Antragstellung eingezahlt, gilt der Antrag als zurückgenommen.

Ich versichere hiermit die Richtigkeit der gemachten Angaben und habe die Gebühr am _____ überwiesen.

Ort/Datum

eigenhändige Unterschrift Zahnärztin/Zahnarzt

Dem Antrag auf Zulassung sind folgende Unterlagen beizufügen:

1. einen Lebenslauf, der alle Tatsachen enthalten muss, die für die Zulassung als Vertragszahnarzt von Bedeutung sind (versehen mit Ausstellungsdatum und Unterschrift)
2. ein polizeiliches Führungszeugnis (Behördenführungszeugnis). Antragsteller, die nicht mindestens für die letzten sechs Monate vor Antragstellung einen festen Wohnsitz in Deutschland nachweisen können, haben, ggf. zusätzlich, ein polizeiliches Führungszeugnis von ihrem letzten Wohnsitz im Ausland beizubringen.
3. Versicherungsbescheinigung nach § 113 Absatz 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit § 95e SGB V, aus der sich das Bestehen eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes ergibt. (Police reicht nicht aus)
4. eine Erklärung über im Zeitpunkt der Antragstellung bestehende Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse unter Angabe des frühestmöglichen Endes des Beschäftigungsverhältnisses sowie
5. eine Erklärung, ob Sie rauschgiftsüchtig 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),
6. ggf. einen Auszug aus dem Zahnarztregister, aus dem der Tag der Approbation, der Tag der Eintragung in das Zahnarztregister und ggf. der Tag der Anerkennung des Rechts zum Führen einer bestimmten Gebietsbezeichnung hervorgehen müssen. (Die Beibringung eines Auszuges aus dem Zahnarztregister ist dann nicht erforderlich, wenn Sie bereits im Zahnarztregister der KZV Land Brandenburg eingetragen sind bzw. gleichzeitig einen Antrag auf Eintragung in das Zahnarztregister der KZV Land Brandenburg gestellt haben. Wenn die Eintragung in das Zahnarztregister einer anderen KZV erfolgte, müssen Sie diese um Übermittlung eines Auszuges nach neuestem Stand ersuchen.),
7. 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 KZV-Bereich.),
8. ggf. Bescheinigungen über die seit der Approbation ausgeübten zahnärztlichen Tätigkeiten (Die Beibringung dieser Bescheinigung entfällt, wenn Sie gleichzeitig einen Antrag auf Eintragung in das Zahnarztregister der KZV Land Brandenburg gestellt haben, Ihre Eintragung in ein anderes Zahnarztregister erst vor kurzem erfolgt ist oder Sie zurzeit zugelassen sind.).

Hinweis zum elektronischen Praxisausweis (SMC-B)

Der Gesetzgeber hat die Einführung einer Telematikinfrastruktur (TI) vorgeschrieben (Online-Rollout). In allen Praxen muss das sogenannte Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) möglich sein. Für diesen Versichertenstammdatenabgleich ist ein Anschluss an die TI erforderlich, d.h. in jeder Praxis müssen bestimmte Geräte und Software-Dienste installiert und mit einem Internet-Zugang verbunden werden.

Im Fall der Nichtdurchführung des VSDM droht den Praxen gemäß § 291 Abs. 2b Satz 14 SGB V eine Kürzung der Vergütung der vertragszahnärztlichen Leistungen.

Für die Anbindung an die TI benötigen Sie unter anderem einen elektronischen Praxisausweis (SMC-B). Der elektronische Praxisausweis ist eine Smart Card, die zur Authentisierung der Praxis gegenüber der Telematikinfrastruktur und der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) eingesetzt wird. Der elektronische Praxisausweis ist über das Portal der KZV Land Brandenburg (KZVLB) bei einem Anbieter zu beantragen.

Denken Sie daran, den elektronischen Praxisausweis rechtzeitig zu bestellen. Eine Bestellung ist unmittelbar nach Ihrer Zulassung möglich.


Bitte beachten Sie auch die folgenden Informationen auf der Homepage der KZVLB:

- Broschüre der KZBV: Anbindung an die Telematikinfrastruktur
- Antrags-, Nutzungs-, und Sperrregelungen für den elektronischen Praxisausweis (SMC-B) im Bereich der KZVLB

Wünschen Sie im Vorfeld ein Gespräch zur TI, können Sie sich gern an die KZVLB wenden:

Tel.: 0331 2977-100

E-Mail: online-rollout@kzvlb.de

Denken Sie bitte auch nach erfolgter Installation der TI-Komponenten an die entsprechende Einreichung des **Refinanzierungsantrages**. Diesen stellen Sie bitte auf dem Verwaltungsserver der KZVLB über die Schaltfläche „eGK-Online-Rollout“  Refinanzierungsantrag“.

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

Zulassungsausschuss für Zahnärzte Land Brandenburg

Zur Vorlage bei Ihrer zuständigen Meldebehörde

Gemäß § 18 Abs. 2 Nr. 2 der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte (Zahnärzte-ZV) ist für die Antragstellung zur **Zulassung als Vertragszahnarzt** 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: Zulassung als 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