

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 Praxismgemeinschaft mit _____

in Berufsausübungsgemeinschaft mit (nur zu Quartalsbeginn) _____

örtliche Berufsausübungsgemeinschaft mit _____

überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft mit _____

unter Vorlage ☐ eines von allen zukünftigen Partnern der Berufsausübungsgemeinschaft unterschriebenen 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 auf folgendes Konto: KZV Land Brandenburg, Deutsche Apotheker- und Ärztekasse 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 rauchgiftsüchtig 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 Telematikinfrastuktur (TI) vorgeschrieben.

Zur Durchführung jeglicher Anwendungen innerhalb der Telematikinfrastuktur ist ein Anschluss an selbige erforderlich, d.h. in jeder Praxis müssen bestimmte Geräte und Software- Dienste installiert und mit einem Internet-Zugang verbunden werden.

Für die Anbindung an die TI benötigen Sie unter anderem einen elektronischen Praxisausweis.

Der elektronische Praxisausweis (SMC-B) ist eine Smart Card, die zur Authentisierung der Praxis gegenüber der Telematikinfrastuktur und der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) eingesetzt wird.

Der elektronische Praxisausweis ist über das Service-Portal der KZV Land Brandenburg (KZVLB) mit Ihrer persönlichen Benutzerkennung bei einem Anbieter (Kartenhersteller) zu beantragen. Die Benutzerkennung wird Ihnen von der Abteilung Zulassung ausgehändigt oder ggf. zugeschickt.

Die Beantragung ist in der Regel unmittelbar nach der Zulassungsausschusssitzung, in der Sie zugelassen werden, möglich, kann aber auch bereits bei Einreichung Ihres Zulassungsantrages mit der Abteilung Zulassung kommuniziert werden. Zahnärztinnen und Zahnärzte im Zulassungsverfahren als Vertragszahnärztin/Vertragszahnarzt, kann im Hinblick auf die zu erwartende Zulassung die Möglichkeit eingeräumt werden, einen Antrag auf Erhalt eines Praxisausweises zu stellen. In diesem Zusammenhang weisen wir bereits daraufhin, dass eine autorisierte Nutzung des Praxisausweises erst mit Erteilung der Zulassung erfolgen kann und im Falle der Versagung einer Zulassung die Sperrung des Praxisausweises durch die KZVLB veranlasst wird.

Bitte bestellen Sie den elektronischen Praxisausweis rechtzeitig, nach Möglichkeit spätestens 4-6 Wochen vor Tätigkeitsbeginn. Für die Installation (aller Komponenten) wird in der Regel ein Techniker-Termin mit einem TI-Dienstleister benötigt, der von Ihnen vereinbart werden muss.

Nach Niederlassung/ Tätigkeitsaufnahme und erfolgter Installation der TI-Komponenten, muss zum Erhalt der monatlichen TI-Pauschale die „Eigenerklärung TI-Ausstattung“ über das Service-Portal der KZVLB durch Sie abgesendet werden. Weiterführende Informationen finden Sie auf der Homepage der KZVLB (www.kzvlb.de) unter dem Reiter „IT“, z.B. die Broschüre der KZBV „Anbindung an die Telematikinfrastuktur“ und die „Antrags-, Nutzungs-, und Sperrregelungen für den elektronischen Praxisausweis (SMC-B) im Bereich der KZVLB“ bis hin zur richtigen Entsorgung der TI-Komponenten bei Ende der Zulassung.

Wünschen Sie eine individuelle Beratung zur TI, können Sie sich gern an die TI-Hotline der KZVLB wenden:

Tel.: 0331 2977-100

E-Mail: telematik@kzvlb.de

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

Informationen zur Datenerhebung gemäß Artikel 13, 14 DSGVO:

Die Kassenzahnärztliche Vereinigung Land Brandenburg (KZVLB), vertreten durch den Vorstand, Helene-Lange-Str. 4-5, 14469 Potsdam, E-Mail: info@kzvlb.de, als Verantwortliche verarbeitet personenbezogene Daten zum Zweck der Erfüllung ihrer gesetzlichen und vertraglichen Aufgaben und Serviceleistungen im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung. Verarbeitet werden insbesondere Daten von Zahnärzten, Mitgliedern, Versicherten, Patienten sowie sonstigen Kontaktpersonen (z.B. Vertragspartner, Behördenangehörige). Daten der Zahnärzte werden insbesondere gemäß § 285 Abs. 1 SGB V verarbeitet, die Nichtbereitstellung personenbezogener Daten für die dort genannten Zwecke kann den Verlust des Leistungs- bzw. Vergütungsanspruches zur Folge haben. Daten Versicherter werden insbesondere gemäß § 285 Abs. 2 SGB V verarbeitet. Personenbezogene Daten von Patienten werden auch im Rahmen der Patientenberatung verarbeitet.

Betroffene Personen haben gegenüber der KZVLB das Recht auf Auskunft, auf Berichtigung und Vervollständigung, auf Löschung, auf Einschränkung der Verarbeitung, auf Datenübertragbarkeit und auf Widerspruch (Art. 15 bis 21 DSGVO). Eine Einwilligung in eine Datenverarbeitung kann jederzeit für den entsprechenden Zweck widerrufen werden. Des Weiteren besteht ein Beschwerderecht bei der Datenschutz-Aufsichtsbehörde (im Land Brandenburg: LDA Brandenburg Dagmar Hartge, Stahnsdorfer Damm 77, 14532 Kleinmachnow).

Der Datenschutzbeauftragte der KZVLB ist erreichbar per Mail: datenschutzbeauftragter@kzvlb.de oder telefonisch: 0331 2877-444. **Weitergehende Informationen finden Sie auf unserer Webseite unter: <https://www.kzvlb.de/datenschutz/>** Falls Sie nicht über einen Internetzugang verfügen, senden wir Ihnen diese Informationen gern postalisch zu.