

Kassenzahnärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz  
Zulassungsausschuss für Zahnärzte in Rheinland-Pfalz  
Isaac-Fulda-Allee 2  
55124 Mainz

## Antrag auf Praxisverlegung

\_\_\_\_\_  
Name, Titel, Geburtsname, Vorname, Gebietsbezeichnung

**Hiermit beantrage ich meine Praxisverlegung gem. § 24 Abs. 7 ZV-Z**

von:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

nach:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

mit Wirkung ab: \_\_\_\_\_

neue Telefon / Fax Nr. \_\_\_\_\_

zukünftige Privatanschrift \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / Stempel

Mit dem Antrag wird eine Gebühr in Höhe von EUR 120,00 fällig, die vom Abrechnungskonto abgebucht wird.

## Fragebogen

Name, Geburtsname, Titel: \_\_\_\_\_

Vornamen (Rufnamen unterstreichen): \_\_\_\_\_

Wohnungsanschrift: \_\_\_\_\_

Praxisanschrift: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. der Praxis: \_\_\_\_\_

Telefax-Nr. der Praxis: \_\_\_\_\_

E-mail-Adresse der Praxis: \_\_\_\_\_

Homepage: \_\_\_\_\_

ja	nein
Praxis: rollstuhlgängig ohne fremde Hilfe	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	
besondere Versorgungsangebote für behinderte Patienten	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	

(ggf. welche)

Kenntnis in Gebärdensprache

blindengerechtes Infomaterial

Fremdsprachenkenntnisse:

Ich bin damit einverstanden, dass meine oben angegebenen Daten an Dritte weitergegeben werden.

\_\_\_\_\_, Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift**

Fragebogen bitte mit Schreibmaschine oder in Druckbuchstaben ausfüllen und umgehend zurücksenden.