

Antrag auf Zulassung als Vertragszahnarzt zu den gesetzlichen Krankenkassen

Hiermit beantrage ich die Zulassung für den

vollzeitigen hälftigen (Erklärung gemäß § 19 a ausfüllen)

Vertragszahnarztsitz: _____ ab: _____

als **Vertragszahnärztin/Vertragszahnarzt**

Vertragszahnärztin/Vertragszahnarzt für das Fachgebiet Kieferorthopädie

Praxisneugründung

Praxisgemeinschaft mit

Praxisübernahme von

Berufsausübungsgemeinschaft mit

01. Name, Titel, Geburtsname, Vorname, Gebietsbezeichnung

02. Praxisanschrift: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort, Telefon

03. Privatanschrift: Straße, Hausnummer, PLZ, Ort, Telefon

04. Geburtsdatum, Geburtsort, Geburtsland, Staatsangehörigkeit

05. Approbation als Zahnarzt am / in

06. Promotion Dr. med. dent. am / in

07. Approbation als Arzt am / in

08. Promotion Dr. med. am / in

12. **Als Anlagen gemäß. § 18 Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte sind diesem Antrag beigelegt:**
- a) **aktueller Auszug aus dem Zahnarztregister der zuständigen KZV / bez. Antrag**
 - b) **Beglaubigte Abschriften**
 - Approbationsurkunde
 - ggf. Promotionsurkunde
 - lückenlose Bescheinigungen über die seit der Approbation ausgeübten zahnärztlichen Tätigkeiten (Bescheinigungen des Arbeitgebers)
 - c) **Lebenslauf mit Lichtbild**
 - d) **polizeiliches Führungszeugnis neuesten Datums**
(Belegart N oder 0)
 - e) **ggf. Bescheinigungen der zuständigen KZVen über bisherige Nieder- und Zulassungen**
 - f) **Erklärung nach § 20 und § 21 Z-ZV (Seite 4 des Antragsformulars)**
 - g) **Erklärung über Rauschgift und Trunksucht gemäß § 20 und § 21 Z-ZV (Seite 4 des Antragsformulars)**
 - h) **Versicherungsbescheinigung gemäß § 113 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes über das Bestehen eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes**

PLZ, Ort und Datum

Unterschrift des Antragstellers

Ihr Antrag auf Zulassung muß der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses für Zahnärzte im Bereich der Kassenzahnärztlichen Vereinigung RLP, Isaac-Fulda-Allee 2, 55124 Mainz, **mindestens 4 Wochen vor Sitzungstermin** eingereicht werden, damit die gesetzlichen Fristen eingehalten werden können.

Anträge, die verspätet eingehen oder zum Abgabetermin unvollständig sind, müssen bis zur nächsten Sitzung zurückgestellt werden.

Gemäß § 46 Abs. 1 b) Zahnärzte-ZV wird mit dem Antrag auf Zulassung eine Gebühr in Höhe von Euro 100,00 fällig. Wird die Gebühr nicht unmittelbar nach Antragstellung auf das Konto der Apotheker-und Ärztebank e.G., Konto-Nr. 0002068001, BLZ 300 606 01 (BIC DAAEDEDXXX, IBAN DE81 3006 0601 0002 0680 01) eingezahlt, unter Betreff der Zulassungsantragsgebühr, gilt der Antrag als zurückgenommen.

Erklärung zum Antrag auf Zulassung als Vertragszahnarzt

gemäß § 20 und § 21 der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte vom 01.01.1993

Ich erkläre, dass ich zur Zeit

- nicht in einem Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis stehe
- in einem Beschäftigungsverhältnis stehe bei
-
- dieses Beschäftigungsverhältnis wird enden am _____, anderenfalls werde ich die KZV unverzüglich in Kenntnis setzen.
- nicht durch andere nicht ehrenamtliche Tätigkeiten gehindert bin, der Vertragszahnarztpraxis persönlich in dem erforderlichen Maße zur Verfügung zu stehen
- nicht rauschgiftsüchtig bin oder innerhalb der letzten fünf Jahre gewesen bin und mich in den letzten fünf Jahren keiner Entziehungskur wegen Rauschgiftsucht unterzogen habe
- nicht trunksüchtig bin oder innerhalb der letzten fünf Jahre gewesen bin und mich in den letzten fünf Jahren keiner Entziehungskur wegen Trunksucht unterzogen habe
- keine geistigen oder sonstigen in meiner Person liegenden schwerwiegenden Mängel habe, die meine Eignung für die Ausübung der Vertragszahnarztpraxis in Frage stellen könnten und nicht durch gesetzliche Hinderungsgründe an der Ausübung des zahnärztlichen Berufs gehindert bin.

Ich versichere, dass ich nur Zutreffendes angekreuzt und den Fragebogen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet habe.

Ort und Datum

Unterschrift

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
blindengerechtes Infomaterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fremdsprachenkenntnisse: _____ ja nein

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

Ort

Datum

Unterschrift

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

Erklärung des Niederlassungsberechtigten

Zur Vermeidung der doppelten Ausfüllung von Fragebögen bin ich damit einverstanden, dass die auf den Fragebögen der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz angegebenen personenbezogenen Daten auch von der zuständigen Bezirkszahnärztekammer übernommen werden und umgekehrt.

Von der gemeinsamen EDV-mäßigen Speicherung der Daten durch die beiden Körperschaften bin ich informiert worden und erhebe keine Einwände. Die Daten unterliegen dem Datenschutz und den allgemeinen Geheimhaltungspflichten. Die Verwendung erfolgt zur Erfüllung der Aufgaben der beiden Körperschaften. Zur Weiterleitung der Daten an die Landes Zahnärztekammer Rheinland-Pfalz in Mainz und an die Bundeszahnärztekammer in Berlin wird zugestimmt.

Unterschrift

Ort, Datum

Bitte per Post zurücksenden an

KZV Rheinland-Pfalz
Geschäftsbereich IT
Isaac-Fulda-Allee 2
55124 Mainz

Anmeldung/Erklärung zur Online-Einreichung von Abrechnungsdaten

Ich möchte die Möglichkeit zur Online-Einreichung von Abrechnungsdaten an die KZV Rheinland-Pfalz nutzen und bitte um Zusendung der Zugangsdaten.

Die Berechtigungsscheine von sonstigen Kostenträgern (Bundeswehr, Sozialämter usw.) bzw. Sonderabkommen werden an die KZV Rheinland-Pfalz (per Post/Bote) übermittelt und mit der Aufschrift „online“ versehen. Eine Kopie der übermittelten Daten wird in der Praxis bereitgehalten, damit die Datenübertragung im Bedarfsfall wiederholt werden kann.

Ich erkläre mit meiner Unterschrift, dass sämtliche Übertragungen von Abrechnungsdaten über das Internet zur KZV Rheinland-Pfalz den vertraglichen Bestimmungen entsprechen und die in Rechnung gestellten Leistungen von mir persönlich oder unter meiner Aufsicht vertragsgerecht ausgeführt worden sind.

Bitte ergänzen Sie folgende Angaben:

Anrede, Titel:	
Familienname:	
Vorname:	
Abrechnungsnr.:	wird von der KZV Rheinland-Pfalz eingetragen
Straße, Hausnr.:	
PLZ:	
Ort:	
Praxis-Telefon:	
Praxis-Fax:	
Praxis-E-Mail:	

Ort, Datum

Unterschrift

Name und Vorname

Ort

Datum

ZULASSUNGS-AUSSCHUSS für Zahnärzte in Rheinland-Pfalz
Geschäftsstelle
Isaac-Fulda-Allee 2
55124 Mainz

Erklärung gemäß § 19 a Abs. 2 Z-ZV

Hiermit erkläre ich verbindlich, meinen Versorgungsauftrag auf die Hälfte eines vollzeitigen Versorgungsauftrages (laut BSG-Urteil vom 30.01.2002 - Az. B 6 KA 20/01 R - 40 Std./Woche) gemäß § 19 a Abs. 2 Z-ZV auf einen Umfang von maximal 20 Stunden pro Woche zu beschränken.

(Unterschrift)