

ANTRAG

auf Eintragung in das Zahnarztregister der KZV Hamburg



Rechtsgrundlage für die Datenerhebung ist die
Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte vom 28. Mai 1957 in der jeweils gültigen Fassung

1. Name, Vorname, Titel: _____
2. Geburtsname: _____
3. Geburtsdatum/-ort: _____
4. Privatanschrift: _____
5. Telefon: _____
6. E-Mail: _____
7. Staatsangehörigkeit: _____
8. Fremdsprachen: _____
9. Staatsexamen: Datum: _____ Ort/Land: _____
10. Approbation: Datum: _____ in: _____
11. Approbation: Datum: _____ in: _____
12. Promotion Dr. med. dent. : Datum: _____ in: _____
13. Promotion Dr. : Datum: _____ in: _____
14. Fachgebietsbezeichnung:
 - a) Oralchirurgie: Datum: _____ anerkannt von: _____
 - b) MKG-Chirurgie: Datum: _____ anerkannt von: _____
 - c) Kieferorthopädie: Datum: _____ anerkannt von: _____

Beigefügt sind im Original oder beglaubigter Kopie:

1. Geburtsurkunde (ausländische Geburtsurkunden mit deutscher Übersetzung)
2. Nachweis über die Staatsangehörigkeit (Personalausweis/Reisepass)
3. Approbationsurkunde/n als Zahnärztin/Zahnarzt, Ärztin/Arzt
4. Promotionsurkunde/n als Zahnärztin/Zahnarzt, Ärztin/Arzt
5. Anerkennungsurkunde/n für die Fachgebietsbezeichnung/en
6. Lückenlose Aufstellung der zahnärztlichen Tätigkeiten nach der Approbation mit den dazugehörigen Nachweisen
7. Einzugsermächtigung (50,- € monatlicher Festbetrag für nicht zugelassene Zahnärztinnen und Zahnärzte)

Die Antragsgebühr von 100,- € überweise ich umgehend auf das u.a. Konto der KZV Hamburg.

(Ort und Datum)

(Unterschrift)

Deutsche Apotheker- und Ärztebank e.G.
BIC: DAAEDEDXXX
IBAN: DE98 3006 0601 0001 2354 35

Postanschrift:
KZV Hamburg
Postfach 11 12 13
20412 Hamburg

Hausanschrift:
KZV Hamburg
Katharinenbrücke 1
20457 Hamburg

Telefon: 040 / 36 14 7-0
Telefax: 040 / 36 44 70
E-Mail: info@kzv-hamburg.de
Internet: www.kzv-hamburg.de



Auszug aus der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte (Zahnärzte-ZV)

§ 1

- (1) Für jeden Zulassungsbezirk führt die Kassenzahnärztliche Vereinigung neben dem Zahnarztregister die Registerakten.
- (2) Das Zahnarztregister erfasst
 - a) die zugelassenen Zahnärzte,
 - b) Zahnärzte, die die Voraussetzungen des § 3 erfüllen und ihre Eintragung nach § 4 beantragt haben.
- (3) Diese Verordnung gilt für medizinische Versorgungszentren und die dort und bei Vertragszahnärzten angestellten Zahnärzte entsprechend.

§ 2

- (1) Das Zahnarztregister muss die Angaben über die Person und die berufliche Tätigkeit des Zahnarztes enthalten, die für die Zulassung von Bedeutung sind.
- (2) Das Zahnarztregister ist nach dem Muster der Anlage zu führen.

§ 3

- (1) Die Eintragung in das Zahnarztregister ist bei der nach § 4 zuständigen Kassenzahnärztlichen Vereinigung zu beantragen.
- (2) Voraussetzungen für die Eintragung sind
 - a) die Approbation als Zahnarzt,
 - b) die Ableistung einer mindestens zweijährigen Vorbereitungszeit.
- (3) Die Vorbereitung muss eine mindestens sechsmonatige Tätigkeit als Assistent oder Vertreter eines oder mehrerer Vertragszahnärzte umfassen; eine Tätigkeit als Vertreter darf nur anerkannt werden, wenn der Zahnarzt eine vorausgegangene mindestens einjährige Tätigkeit in unselbständiger Stellung als Assistent eines Vertragszahnarztes oder in Einrichtungen nach Satz 2 nachweisen kann. Für die übrige Zeit kann die Vorbereitung durch Tätigkeiten in unselbständiger Stellung in Universitätszahnkliniken, Zahnstationen eines Krankenhauses oder des öffentlichen Gesundheitsdienstes oder der Bundeswehr oder in Zahnkliniken abgeleistet werden. Bis zu drei Monate der Vorbereitung nach Satz 1 können durch eine Tätigkeit von gleicher Dauer in einer Universitätszahnklinik oder einer Zahnstation der Bundeswehr ersetzt werden. Tätigkeiten nach den Sätzen 1 bis 3 können nicht angerechnet werden, wenn sie in kürzeren Zeitabschnitten als drei Wochen oder bei gleichzeitiger Ausübung einer eigenen Praxis abgeleistet werden.
- (4) Absatz 2 Buchstabe b gilt nicht für Zahnärzte, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem Anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder einem Vertragsstaat, dem Deutschland und die Europäische Gemeinschaft oder Deutschland und die Europäische Union vertraglich einen entsprechenden Rechtsanspruch eingeräumt haben, einen nach den gemeinschaftsrechtlichen Vorschriften anerkannten Ausbildungsnachweis erworben haben und zur Berufsausübung zugelassen sind.
- (5) (aufgehoben)

§ 4

- (1) Der Zahnarzt ist in das Zahnarztregister des Zulassungsbezirks einzutragen, in dem er seinen Wohnort hat. Sofern er keinen Wohnort im Geltungsbereich dieser Verordnung hat, steht ihm die Wahl des Zahnarztregisters frei.
- (2) Der Antrag muss die zur Eintragung erforderlichen Angaben enthalten. Die Angaben sind nachzuweisen, insbesondere sind beizufügen
 - a) die Geburtsurkunde,
 - b) die Urkunde über die Approbation als Zahnarzt,
 - c) der Nachweis über die zahnärztliche Tätigkeit nach der Approbation.
- (3) An Stelle von Urschriften können ausnahmsweise amtlich beglaubigte Abschriften beigefügt werden.
- (4) Können die in Absatz 2 bezeichneten Unterlagen nicht vorgelegt werden, sind die nachzuweisenden Tatsachen glaubhaft zu machen. Zur Glaubhaftmachung der Approbation als Zahnarzt und der zahnärztlichen Tätigkeit (Absatz 2 Buchstaben b und c) genügt eine eidesstattliche Erklärung des Antragstellers allein nicht.

§ 46 (Gebühren)

- (1) Für das Verfahren werden nachstehende Gebühren erhoben:
 - a) bei Antrag auf Eintragung des Zahnarztes in das Zahnarztregister 100,-- EURO
 - b) ...
 - c) ...
 - d) ...Die Gebühren sind mit der Stellung des Antrages oder der Einlegung des Widerspruchs fällig. Wird einem Widerspruch ganz oder teilweise stattgegeben, so wird die nach Buchstabe d entrichtete Gebühr zurückgezahlt.
- (2) Außer der Gebühr nach Absatz 1 werden als Verwaltungsgebühren erhoben:
 - a) ...
 - b) ...
- (3) Es sind zu zahlen:
 - a) Die Gebühren nach Absatz 1 Buchstabe a an die Kassenzahnärztliche Vereinigung,
 - b) ...
 - c) ...

Antragsteller/in: _____

**Lückenlose Aufstellung* über die zahnärztliche/n Tätigkeit/en
- in zeitlicher Reihenfolge -**

* Bitte geben Sie auch zahnärztliche Tätigkeiten in Voll- **oder** Teilzeit bei der Bundeswehr, längere Vertretungen von Zahnärzten sowie etwaige frühere vertragszahnärztliche Tätigkeiten an.

AUSGEÜBTE ZAHNÄRZTLICHE TÄTIGKEIT/EN SEIT DER APPROBATION		
Beschäftigungszeitraum von / bis :	Art der Tätigkeit, in Voll- oder Teilzeit	Name und Adresse des Arbeitgebers:

(Ort und Datum)

(Unterschrift)

Kassenzahnärztliche
Vereinigung Hamburg
Katharinenbrücke 1
20457 Hamburg

Hinweis:

Dieses SEPA-Lastschriftmandat ist
nur mit Original-Unterschrift gültig.

**SEPA-Lastschriftmandat / Einzugsermächtigung
- Erklärung zum Eintrag ins Zahnarztregister der KZV Hamburg**

Name, Vorname:

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort:

Register-Nr.:

SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige die KZV Hamburg von meinem Konto mittels Lastschrift den fälligen Festbetrag gemäß Satzung der KZV Hamburg (von zurzeit monatlich 50,00 €) jeweils zum 1. des Quartalsbeginns (für das vorangegangene Quartal) einzuziehen. Fällt das Abbuchungsdatum auf einen Feiertag, Samstag oder Sonntag, gilt automatisch der nächstfolgende Werktag. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der KZV Hamburg auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber:	IBAN:
Kreditinstitut:	BIC:
Mandatsreferenz: Festbetrag	Gläubiger-Identifikationsnummer: DE07ZZZ00000050089

Mir ist bekannt, dass ich jede Änderung meiner Registerdaten, insbesondere der Privatanschrift sowie der Kontoverbindung umgehend der KZV Hamburg mitzuteilen habe, da ansonsten Gebühren für eine nicht eingelöste Lastschrift von mir zu tragen sind.

Sollte ich für die KZV Hamburg, trotz deren Rückfrage beim Einwohnermeldeamt, nicht erreichbar und/oder eine Kontodeckung nicht mehr gegeben sein, ist die KZV Hamburg berechtigt, mich nach Ablauf einer Frist von einem Monat aus dem Zahnarztregister zu streichen.

(Ort und Datum)

(Unterschrift des Kontoinhabers)