

ANTRAG AUF GENEHMIGUNG ZUR BESCHÄFTIGUNG EINES
VORBEREITUNGS- ODER WEITERBILDUNGSASSISTENTEN



KZV Berlin
Abt. Zulassung
Georg-Wilhelm-Str. 16
10711 Berlin

zulassung@kzv-berlin.de
Fax: 030 89004-46353

KZV-Abrechnungsstempel

Hiermit beantrage ich die Genehmigung zur Beschäftigung eines

Vorbereitungsassistenten

Weiterbildungsassistenten

Beschäftigungsdauer vom _____ bis zum _____ für _____ Std./Woche

Wem wird der Assistent zugeordnet? _____

Unterschrift des Zahnarztes, dem der Assistent zugeordnet ist: _____

Angaben zum Assistenten

Titel und Nachname	Telefon
Vorname	E-Mail-Adresse
Straße	Postleitzahl und Ort
Geburtsdatum	Geburtsort/Geburtsland
Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit
Approbation vom (Kopie beifügen!)	Promotion vom (Kopie beifügen!)

Sämtliche bisher ausgeübte zahnärztliche Tätigkeiten (auch in Kliniken und Berufsausübung im Ausland):

von – bis (Datum)	Art der Beschäftigung (Assistent/Vertreter/selbstständig)	bei we	Ort, ggf. Land	Vollzeit/Teilzeit

Datum, Unterschrift Vertragszahnarzt/-ärztin/
Handlungsbevollmächtigte/r im MVZ