

ANTRAG AUF GENEHMIGUNG ZUR BESCHÄFTIGUNG EINES  
ENTLASTUNGSASSISTENTEN MIT BERUFSERLAUBNIS



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

Fax: 030 89004-46353

KZV-Abrechnungsstempel

Hiermit beantrage ich die Genehmigung zur Beschäftigung eines Entlastungsassistenten mit Berufserlaubnis.

Beschäftigungsdauer vom \_\_\_\_\_ bis zum \_\_\_\_\_

wöchentliche Arbeitszeit \_\_\_\_\_ Stunden

Zuordnung gemäß § 32 Absatz 2 Zahnärzte-ZV zu Herrn/Frau  
(nur bei BAG/ÜBAG/ MVZ)

\_\_\_\_\_

**Angaben zum Assistenten**

\_\_\_\_\_ Titel, Vor- und Zuname

\_\_\_\_\_ Telefon

\_\_\_\_\_ Straße

\_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse

\_\_\_\_\_ Postleitzahl

\_\_\_\_\_ Ort

\_\_\_\_\_ Geburtsdatum

\_\_\_\_\_ Geburtsort/Geburtsland

\_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit

\_\_\_\_\_ Berufserlaubnis vom

(Kopie ist beigefügt)

\_\_\_\_\_ Promotion vom

(Kopie ist beigefügt)

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift Vertragszahnarzt/-ärztin