

ANTRAG AUF GENEHMIGUNG ZUR BESCHÄFTIGUNG EINES
VORBEREITUNGS- ODER WEITERBILDUNGSASSISTENTEN



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

Fax: 030 89004-46353

KZV-Abrechnungsstempel

Hiermit beantrage ich die Genehmigung zur Beschäftigung eines

Vorbereitungsassistenten

Weiterbildungsassistenten

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

Approbation vom

(Kopie ist beigelegt)

Promotion vom

(Kopie ist beigelegt)

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

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

Datum

Unterschrift Vertragszahnarzt/-ärztin