

# 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 (bei BAG/ÜBAG) \_\_\_\_\_

## Angaben zum Assistenten

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

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Straße

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

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

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

\_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit

\_\_\_\_\_  
Approbation vom

(Kopie ist beigelegt)

\_\_\_\_\_  
Berufserlaubnis § 13 ZHG 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

Die KZV Berlin überreicht der Zahnärztekammer Berlin eine Kopie des Genehmigungsbescheides.  
Aber: Der Assistent muss seine Meldepflicht gegenüber der Zahnärztekammer Berlin dennoch erfüllen!

\_\_\_\_\_  
Datum

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