

# Antrag auf Zulassung eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ)

Zulassungsausschuss für  
Zahnärzte in Berlin  
Georg-Wilhelm-Str. 16  
10711 Berlin

Fax: 030 89004-353

## I. Trägergesellschaft des MVZ

### 1. Allgemeine Angaben

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Handlungsbevollmächtigter: \_\_\_\_\_

### 2. Rechtsform der Trägergesellschaft

- Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR)
  - Gesellschaftsvertrag beigelegt
- Partnerschaftsgesellschaft (PartG)
  - Gesellschaftsvertrag beigelegt
  - Auszug aus dem Partnerschaftsregister beigelegt
- Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH)
  - Satzung beigelegt
  - Auszug aus dem Handelsregister beigelegt
  - Gesellschafterliste aus dem Handelsregister beigelegt
  - Liste stiller Gesellschafter beigelegt     keine stillen Gesellschafter vorhanden
  - selbstschuldnerische Bürgschaftserklärung im Original beigelegt
- eingetragene Genossenschaft (eG)
  - Genossenschaftsvertrag beigelegt
  - Auszug aus dem Genossenschaftsregister beigelegt
- öffentlich-rechtliche Rechtsform (bei Kommunen)
  - Satzung, sonstige Unterlagen

## Antrag auf Zulassung eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ)

### 3. Gründer des MVZ

Gem. § 95 Abs. 1a SGB V können MVZ von zugelassenen Ärzten/Zahnärzten, von zugelassenen Krankenhäusern, von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Abs.3, von gemeinnützigen Trägern, die auf Grund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung teilnehmen oder von Kommunen gegründet werden.

**Die sog. Gründereigenschaft, also die Zugehörigkeit zu dem in § 95 Abs. 1a SGB V genannten Gründerkreis, ist mit der Antragstellung durch geeignete Dokumente nachzuweisen.**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

aktuelle Meldeanschrift: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

aktuelle Meldeanschrift: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

aktuelle Meldeanschrift: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Für ggf. weitere Gründer bitte diese Seite kopieren und dem Antrag beifügen.

## Antrag auf Zulassung eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ)

### II. Angaben zum medizinischen Versorgungszentrum

Zulassung des MVZ zum: \_\_\_\_\_

Name des MVZ: \_\_\_\_\_

Anschrift des MVZ: \_\_\_\_\_

Telefonnummer des MVZ: \_\_\_\_\_

Faxnummer des MVZ: \_\_\_\_\_

E-Mail des MVZ: \_\_\_\_\_

ärztlicher Leiter/ärztliche Leiterin: \_\_\_\_\_

Name, Vorname

- Die Einverständniserklärung zur Übernahme der ärztlichen Leitung ist dem Antrag beigelegt.

- Das Vorhandensein geeigneter Räumlichkeiten und die Zustimmung des Vermieters zum Betreiben eines Medizinischen Versorgungszentrums in diesen Räumen werden hiermit versichert.
- Die Antragsgebühr in Höhe von 100,00 Euro für den Antrag auf Zulassung des MVZ und in Höhe von 120,00 Euro je angestellten Zahnarzt kann von meinem derzeitigen Honorarkonto bei der KZV Berlin abgebucht werden.
- Die Antragsgebühr in Höhe von 100,00 Euro für den Antrag auf Zulassung des MVZ und in Höhe von 120,00 Euro je angestellten Zahnarzt wurde am \_\_\_\_\_ auf das Konto der KZV Berlin, Deutsche Apotheker- und Ärztebank, IBAN: DE12 3006 0601 0401 4120 35, BIC: DAAEDEDXXX überwiesen. Der Überweisungsbeleg ist diesem Antrag beigelegt.
- Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass die Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses für Zahnärzte in Berlin die von uns eingereichten Unterlagen der KZV Berlin zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben zur Verfügung stellt.
- Ich bitte/Wir bitten um die Anfertigung
- eines Holzstempels
  - eines selbstfärbenden Stempels
  - einer Platte für einen Selbstfärber

# Antrag auf Zulassung eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ)

## III. Angaben zu den Zahnärzten, die im MVZ tätig werden sollen

### 1. Vertragszahnärzte (mit eigener Zulassung)

1.1. \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

1.2. \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

1.3. \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

1.4. \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

1.5. \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

1.6. \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

1.7. \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

1.8. \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

1.9. \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

1.10. \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

Für ggf. weitere Vertragszahnärzte bitte diese Seite kopieren und dem Antrag beifügen.

# Antrag auf Zulassung eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ)

## III. Angaben zu den Zahnärzten, die im MVZ tätig werden sollen

### 2. angestellte Zahnärzte

2.1. Die Anstellung von \_\_\_\_\_ wird beantragt  
(Name, Vorname)

- für \_\_\_\_ Std./Woche
- Ein entsprechender Arbeitsvertrag ist diesem Antrag beigefügt.
- Die Rauschgift- und Trunksuchterklärung gem. § 18 Zahnärzte-ZV des Angestellten ist dem Antrag beigefügt.
- Ich bin damit einverstanden, dass die Verwaltungsgebühr gem. § 46 Abs. 2c Zä-ZV in Höhe von 400,00 Euro von meinem/unserem Honorarkonto abgebucht wird.
- Ich bin damit einverstanden, dass nach der durch den Zulassungsausschuss erteilten Genehmigung die Verwaltungsgebühr gem. § 46 Abs. 2d Zä-ZV für die Eintragung in das Angestelltenverzeichnis in Höhe von 400,00 Euro von meinem/unserem Honorarkonto abgebucht wird.

2.2. Die Anstellung von \_\_\_\_\_ wird beantragt  
(Name, Vorname)

- für \_\_\_\_ Std./Woche
- Ein entsprechender Arbeitsvertrag ist diesem Antrag beigefügt.
- Die Rauschgift- und Trunksuchterklärung gem. § 18 Zahnärzte-ZV des Angestellten ist dem Antrag beigefügt.
- Ich bin damit einverstanden, dass die Verwaltungsgebühr gem. § 46 Abs. 2c Zä-ZV in Höhe von 400,00 Euro von meinem/unserem Honorarkonto abgebucht wird.
- Ich bin damit einverstanden, dass nach der durch den Zulassungsausschuss erteilten Genehmigung die Verwaltungsgebühr gem. § 46 Abs. 2d Zä-ZV für die Eintragung in das Angestelltenverzeichnis in Höhe von 400,00 Euro von meinem/unserem Honorarkonto abgebucht wird.

2.3. Die Anstellung von \_\_\_\_\_ wird beantragt  
(Name, Vorname)

- für \_\_\_\_ Std./Woche
- Ein entsprechender Arbeitsvertrag ist diesem Antrag beigefügt.
- Die Rauschgift- und Trunksuchterklärung gem. § 18 Zahnärzte-ZV des Angestellten ist dem Antrag beigefügt.
- Ich bin damit einverstanden, dass die Verwaltungsgebühr gem. § 46 Abs. 2c Zä-ZV in Höhe von 400,00 Euro von meinem/unserem Honorarkonto abgebucht wird.
- Ich bin damit einverstanden, dass nach der durch den Zulassungsausschuss erteilten Genehmigung die Verwaltungsgebühr gem. § 46 Abs. 2d Zä-ZV für die Eintragung in das Angestelltenverzeichnis in Höhe von 400,00 Euro von meinem/unserem Honorarkonto abgebucht wird.

Für ggf. weitere Angestellte bitte diese Seite kopieren und dem Antrag beifügen.

## Antrag auf Zulassung eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ)

2.4. Die Anstellung von \_\_\_\_\_ wird beantragt  
(Name, Vorname)

- für \_\_\_\_ Std./Woche
- Ein entsprechender Arbeitsvertrag ist diesem Antrag beigelegt.
- Die Rauschgift- und Trunksucherklärung gem. § 18 Zahnärzte-ZV des Angestellten ist dem Antrag beigelegt.
- Ich bin damit einverstanden, dass die Verwaltungsgebühr gem. § 46 Abs. 2c Zä-ZV in Höhe von 400,00 Euro von meinem/unserem Honorarkonto abgebucht wird.
- Ich bin damit einverstanden, dass nach der durch den Zulassungsausschuss erteilten Genehmigung die Verwaltungsgebühr gem. § 46 Abs. 2d Zä-ZV für die Eintragung in das Angestelltenverzeichnis in Höhe von 400,00 Euro von meinem/unserem Honorarkonto abgebucht wird.

2.5. Die Anstellung von \_\_\_\_\_ wird beantragt  
(Name, Vorname)

- für \_\_\_\_ Std./Woche
- Ein entsprechender Arbeitsvertrag ist diesem Antrag beigelegt.
- Die Rauschgift- und Trunksucherklärung gem. § 18 Zahnärzte-ZV des Angestellten ist dem Antrag beigelegt.
- Ich bin damit einverstanden, dass die Verwaltungsgebühr gem. § 46 Abs. 2c Zä-ZV in Höhe von 400,00 Euro von meinem/unserem Honorarkonto abgebucht wird.
- Ich bin damit einverstanden, dass nach der durch den Zulassungsausschuss erteilten Genehmigung die Verwaltungsgebühr gem. § 46 Abs. 2d Zä-ZV für die Eintragung in das Angestelltenverzeichnis in Höhe von 400,00 Euro von meinem/unserem Honorarkonto abgebucht wird.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Name des Unterzeichnenden in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Bezeichnung der Funktion beim Träger