
Vor- und Nachname

Privatanschrift

Telefonnummer

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

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

Ich beantrage die Zulassung zur **kieferorthopädischen** Tätigkeit für

_____ Berlin, _____, Tel. _____
Postleitzahl Straße und Hausnummer

zum _____

- Ich übernehme die Praxis von _____
- Ich eröffne die Praxis in neuen Räumen.
- Ich führe eine örtliche/überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft mit

- Antrag auf Führen einer örtlichen/überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft ist beigefügt
- Einen entsprechenden Vertrag lege ich bei.
- Ich führe eine Praxisgemeinschaft mit _____
- Einverständniserklärung des Praxisgemeinschaftspartners
- Ich bitte um die Anfertigung eines Holzstempels/eines selbstfärbenden Stempels/
einer Platte für Selbstfärber.
- Ich bin im Besitz eines Mietvertrages für die Praxisräume, bzw. trage ich dafür Sorge,
daß das Mietverhältnis bis zur Zulassungssitzung geklärt ist.
- Das erforderliche polizeiliche Führungszeugnis (**zur Vorlage bei einer Behörde**) habe ich
bereits beantragt, bzw. werde ich umgehend beantragen.

Dem Antrag sind beigefügt:

- Lebenslauf
- Nachweis ausreichender Berufshaftpflichtversicherung
- Erklärung über Beschäftigungsverhältnisse und Rauschgift- oder Trunksucht
- Antragsgebühr in Höhe von 100 Euro

Datum

Unterschrift