

\_\_\_\_\_  
Vor- und Nachname

\_\_\_\_\_  
Privatanschrift

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Email

**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 vertragszahnärztlichen 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
  - Ein entsprechender Gesellschaftsvertrag ist beigefügt
- Ich führe eine Praxisgemeinschaft mit \_\_\_\_\_
  - Einverständniserklärung des Praxisgemeinschaftspartners ist beigefügt
- 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
- ggf. Registerauszug und Niederlassungsbescheinigung (bei Tätigkeiten in anderen KZV-Bereichen)

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift