
Vor- und Nachname

Privatanschrift

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

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

Erklärung über die Beschäftigungsverhältnisse gemäß § 18 Absatz 2d) Zahnärzte-ZV

Ich erkläre hiermit, dass ich zum Zeitpunkt der Antragstellung

- in **keinem** Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis stehe.
- in **folgendem** Dienst- oder Beschäftigungsverhältnis stehe:

Das Beschäftigungsverhältnis hat einen Umfang von ____ Stunden pro Woche.

Das Beschäftigungsverhältnis endet am _____ .

Ort, Datum

Unterschrift

Erklärung über die Rauschgift- oder Trunksucht gemäß § 18 Absatz 2e) Zahnärzte-ZV

Ich erkläre hiermit, dass ich nicht rauschgiftsüchtig bin oder innerhalb der letzten fünf Jahre war, dass ich mich innerhalb der letzten fünf Jahre keiner Entziehungskur gegen Trunksucht oder Rauschgiftsucht unterzogen habe und dass gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung meines zahnärztlichen Berufs nicht entgegenstehen.

Ort, Datum

Unterschrift