

ANTRAG AUF GENEHMIGUNG ZUR BESCHÄFTIGUNG
EINES ENTLASTUNGSASSISTENTEN MIT APPROBATION



KZV Berlin
Abt. Zulassung
Georg-Wilhelm-Str. 16
10711 Berlin

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

KZV-Abrechnungstempel

Ich beantrage die Genehmigung, Herrn/Frau

Vorname, Name des Assistenten

Straße

Wohnort

als Entlastungsassistenten für _____ Stunden wöchentlich ab dem _____ bis voraussichtlich _____ zu beschäftigen.

Der Antrag ist gerechtfertigt durch folgende **Gründe**:

Nur bei **ÜBAG bzw. ÜBAG-MVZ**:

Adresse des Standortes bzw. Name des MVZ

Der Entlastungsassistent muss mindestens ein Jahr Vorbereitungszeit absolviert haben.

Ort, Datum

Unterschrift der Vertragszahnärztin/
des Vertragszahnarztes