

ANTRAG AUF GENEHMIGUNG ZUR BESCHÄFTIGUNG EINES
VORBEREITUNGS- ODER WEITERBILDUNGSASSISTENTEN



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

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

KZV-Abrechnungsstempel

Hiermit beantrage ich die Genehmigung zur Beschäftigung eines

Vorbereitungsassistenten

Weiterbildungsassistenten

Beschäftigungsdauer vom _____ bis zum _____ für _____ Std./Woche

Wem wird der Assistent zugeordnet? _____

Unterschrift des Zahnarztes, dem der Assistent zugeordnet ist: _____

Angaben zum Assistenten

Titel, Vor- und Zuname

Telefon

Straße

E-Mail-Adresse

Postleitzahl

Ort

Geburtsdatum

Geburtsort/Geburtsland

Staatsangehörigkeit

Approbation vom (Kopie beifügen!)

Promotion vom (Kopie beifügen!)

Sämtliche bisher ausgeübte zahnärztliche Tätigkeiten (auch in Kliniken und Berufsausübung im Ausland):

von – bis (Datum)	Art der Beschäftigung (Assistent/Vertreter/selbstständig)	bei we	Ort, ggf. Land	Vollzeit/Teilzeit
----------------------	--	-----------	----------------	-------------------

Datum, Unterschrift Vertragszahnarzt/-ärztin/
Handlungsbevollmächtigter im MVZ