

Veränderungen gegenüber dem vom Zulassungsausschuss erteilten Beschluss sind umgehend bei der Geschäftsstelle anzuzeigen!

**Der vom Zulassungsausschuss für Zahnärzte erteilte Beschluss zur Beschäftigung eines „angestellten Zahnarztes“ ändert sich im Folgenden durch:
(Zutreffendes bitte ankreuzen!)**

Name: _____ Vorname: _____
(des angestellten Zahnarztes)

- eine Namens- und / oder Adressänderung des angestellten Zahnarztes
(beglaubigte Namensänderungsurkunde etc. beilegen)

- einen veränderten Beschäftigungsumfang (Wochenstunden)
 - Erhöhung:** ab _____ für _____ Wochenstunden
(Eine Erhöhung muss beim Zulassungsausschuss beantragt werden.
= Antragsgebühr 120,-€)
 - Verringerung:** ab _____ für _____ Wochenstunden
(Eine Verringerung muss beim Zulassungsausschuss nur angezeigt werden.
= keine Antragsgebühr)

- eine längere Unterbrechung der Tätigkeit wegen:
 - Schwangerschaft / Elternzeit
 - einer längeren Erkrankung (Therapie/Kur/etc.)

Der Zahnarzt / Die Zahnärztin ist ab _____
bis voraussichtlich _____ nicht in meiner / unserer Praxis tätig. *

***Die Wiederaufnahme der Tätigkeit ist der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses unverzüglich anzuzeigen!**

.....
Datum

.....
Unterschrift des Vertragszahnarztes

.....
Abrechnungstempel

*) Unzutreffendes durchstreichen!

Einverständniserklärung zur Weitergabe von Zulassungs-, Niederlassungs- und Tätigkeitsdaten an die Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt

Abs.: _____

Wir erklären uns damit einverstanden, dass die Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt vom Zulassungsausschuss gefasste Beschlüsse (z.B. zur Zulassung, zur Beendigung der Zulassung, zur Verlegung des Praxissitzes, zur Beendigung von Berufsausübungsgemeinschaften, zur Genehmigung der Beschäftigung von angestellten Zahnärzten bzw. deren Beendigung) an die Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt übermittelt.

Des Weiteren erklären wir unser Einverständnis, dass vom Vorstand der KZV erteilte Genehmigungen (z.B. für Zweigpraxen, die Beschäftigung von Assistenten oder Vertretern) sowie Mitteilungen zu Unterbrechungen von Tätigkeiten (z.B. wegen Schwangerschaft, Elternzeit oder sonstigen Gründen) und Beendigungen von Tätigkeiten, sowie Änderungen persönliche Daten (z.B. Namensänderungen, Änderung der Privatadresse, Titel) an die Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt übermittelt werden.

Diese Einverständniserklärung ersetzt nicht Ihre **persönliche Pflicht**, die Zahnärztekammer unmittelbar selbst über die o. g. Sachverhalte zu informieren.

.....
Ort, Datum

.....
Stempel / Unterschrift Vertragszahnarzt

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift angestellter Zahnarzt