

Veränderungen gegenüber der erteilten Genehmigung sind umgehend bei der KZV Sachsen-Anhalt anzuzeigen!

**Die vom Vorstand der KZV Sachsen-Anhalt ausgestellte Genehmigung für einen Assistenten ändert sich im Folgenden durch (Zutreffendes bitte ankreuzen!):**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
(des Assistenten)

- eine Namens- und / oder Adressänderung des Assistenten  
(Kopie der Namensänderungsurkunde beilegen.)
  
- einen veränderten Beschäftigungsumfang (Wochenstunden)  
ab \_\_\_\_\_ für \_\_\_\_\_ Wochenstunden
  
- 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 Praxis tätig.

***\*Die geplante Wiederaufnahme der Tätigkeit nach längerer Unterbrechung ist bei der KZV zu beantragen.***

.....  
Datum

.....  
Unterschrift des Vertragszahnarztes

.....  
Abrechnungsstempel

# 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 Assistenten/in