

**Antrag auf Zulassung eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ)
nach § 95 SGB V**

1. Name / Bezeichnung des MVZ

.....
.....
Anschrift der Betriebsstätte:

.....
.....
Telefon:

E-Mail:

Beginn der Tätigkeit:

2. Gründer des MVZ

Als Gründer eines MVZ können nach § 95 Absatz 1a SGB V folgende Leistungserbringer (**Zutreffendes bitte ankreuzen!**) auftreten. Der benannte Buchstabe ist bei der namentlichen Nennung (Seite 2) mit anzugeben.

- A Vertragszahnarzt**
beizufügen: Auszug Zahnarztregister (nur für Zahnärzte außerhalb KZV Sachsen-Anhalt)
- B Zugelassenes Krankenhaus nach § 108 SGB V**
beizufügen: Versorgungsvertrag oder gleichlautender Nachweis
- C Kommune**
beizufügen: Auszug Zahnarztregister (nur für Zahnärzte außerhalb KZV Sachsen-Anhalt)
- D Gemeinnützige Träger, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmen**
beizufügen: Bescheid über Zulassung sowie Nachweis der Gemeinnützigkeit

Die jeweils genannten Unterlagen sind diesem Antrag im Original oder als amtlich beglaubigte Kopie beizufügen!

Gründer 1

- Der Nachweis der Voraussetzungen nach o.g. Buchstaben liegt bei.
Titel, Vorname, Name:
Anschrift - privat:
.....
Telefon - dienstlich:
E-Mail - dienstlich:
Anschrift - privat:
.....
Telefon - privat:
E-Mail privat:

Gründer 2

- Der Nachweis der Voraussetzungen nach o.g. Buchstaben liegt bei.
Titel, Vorname, Name:
Anschrift - privat:
.....
Telefon - dienstlich:
E-Mail - dienstlich:
Anschrift - privat:
.....
Telefon - privat:
E-Mail privat:

Gründer 3

- Der Nachweis der Voraussetzungen nach o.g. Buchstaben liegt bei.
Titel, Vorname, Name:
Anschrift - privat:
.....
Telefon - dienstlich:
E-Mail - dienstlich:
Anschrift - privat:
.....
Telefon - privat:
E-Mail privat:

3. Organisations- bzw. Rechtsform des MVZ

- Gesellschaft bürgerlichen Rechts**
Aktueller Gesellschaftsvertrag nach § 705 BGB ist beigelegt.
- Partnerschaftsgesellschaft**
Aktueller Gesellschaftsvertrag nach § 3 PartGG sowie aktueller Partnerschaftsregisterauszug nach § 4 PartGG sind beigelegt.
- Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH)**
Aktueller Gesellschaftsvertrag nach §§ 2,3 GmbHG sowie aktueller Handelsregisterauszug nach § 7 GmbHG sind beigelegt.
- Eigenbetrieb**
- Regiebetrieb**

4. Leistungserbringer im MVZ

- Teilnahme von zugelassenen Vertragszahnärzten**
Der entsprechende Antrag je Vertragszahnarzt ist beigelegt.
- Anstellung von Zahnärzten**
Der entsprechende Antrag je Zahnarzt ist beigelegt.

5. Zahnärztliche Leitung des MVZ

- Der Nachweis über die Ernennung / Berufung (Arbeitsvertrag) ist beigelegt.

Titel, Vorname, Name:

Anschrift - privat:

.....

Telefon - dienstlich:

E-Mail - dienstlich:

Anschrift - privat:

.....

Telefon - privat:

E-Mail privat:

6. Für folgende Zahnärzte sind Anträge auf Genehmigung als angestellte(r) Zahnarzt/-ärztin im MVZ beigefügt

Titel, Name, Vorname	Fachgebiet	Wochenstunden	Beschäftigung ab

7. Weiterer Ansprechpartner im MVZ

Titel, Vorname, Name:

Funktion / Tätigkeit

Anschrift:

.....

Telefon:

E-Mail:

8. Selbstschuldnerische Bürgschaft

Sofern das MVZ in der Rechtsform einer GmbH oder Genossenschaft organisiert ist, sind dem Antrag selbstschuldnerische Bürgschaftserklärungen aller Gesellschafter beizufügen.

- Diesem Antrag liegt/liegen die hiernach erforderliche/n selbstschuldnerische/n Bürgschaftserklärung/en bei..

9. Antragsgebühren

Gemäß § 46 Abs. 1b) Zahnärzte-ZV wird für den Antrag des MVZ auf Zulassung eine Gebühr in Höhe von 100,- € erhoben.

Darüber hinaus fällt nach § 46 Abs. 2a) Zahnärzte-ZV eine weitere Gebühr in Höhe von 400,- € nach unanfechtbar gewordener Zulassung an.

Die jeweils fälligen Gebühren werden Ihnen zu gegebener Zeit in Rechnung gestellt.

10. Erklärungen

Es wird versichert, dass die vorstehenden Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Änderungen oder Ergänzungen werden vom Unterzeichner / von den Unterzeichnern der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses bei der KZV Sachsen-Anhalt unverzüglich schriftlich unter Einreichung der erforderlichen Unterlagen mitgeteilt.

Es ist bekannt, dass die vertragszahnärztliche Tätigkeit des MVZ auf den unter Punkt 1 genannten Sitz der Betriebsstätte beschränkt ist.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Gründer/Vertretungsberechtigter des MVZ

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Gründer/Vertretungsberechtigter des MVZ

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Gründer/Vertretungsberechtigter des MVZ

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 erkläre 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

(Unterschrift)

(Unterschrift)

(Unterschrift)

(Unterschrift)

(Unterschrift)