

# Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung einer Vertreterin/ eines Vertreters

(§ 32 Zahnärzte-ZV in Verbindung mit den Richtlinien für die Beschäftigung von Assistentinnen und Assistenten sowie Vertreterinnen und Vertretern in der vertragszahnärztlichen Versorgung der KZV Land Brandenburg)

An die  
KZV Land Brandenburg  
Abteilung Zulassung/ Register  
Helene-Lange-Str. 4-5  
14469 Potsdam

Telefax: 0331 – 2977 308  
E-Mail: zulassung@kzvlb.de

**Hinweis:** Der Antrag ist rechtzeitig, grundsätzlich mindestens drei Wochen vor dem beantragten Beschäftigungsbeginn bei der KZVLB schriftlich einzureichen. Rückwirkende Genehmigungen sind nicht möglich.

## Antragstellerin/ Antragsteller

Titel, Name, Praxisanschrift

KZV-Abrechnungstempel

---

---

---

**Vertretungszeitraum** von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

## Grund der Vertretung:

(Nachweis, wie z.B. ärztliches Attest, ist beizufügen.)

---

---

---

## Angaben zur Vertreterin/ zum Vertreter:

Titel, Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Wohnanschrift (Straße, Haus-Nr. PLZ, Wohnort): \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

deutsche Approbation vom: \_\_\_\_\_ (begl. Kopie ist beizufügen)

**Vertreter/ Vertreterin derzeit selbständig niedergelassen am Praxissitz:**  
(Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort, Bundesland)

---

---

---

**Vertreterin/ Vertreter ist derzeit nicht niedergelassene Zahnärztin/ nicht niedergelassener Zahn-  
arzt:**  
zur Ableistung der Vorbereitungszeit wurde mindestens eine einjährige Tätigkeit in unselbständiger Stellung bei  
einem Vertragszahnarzt oder in einer Universitätszahnklinik, einer Zahnstation eines Krankenhauses oder des  
öffentlichen Gesundheitsdienstes oder der Bundeswehr oder in einer Zahnklinik abgeleistet:

**von:** \_\_\_\_\_ **bis:** \_\_\_\_\_

**wo/ bei wem:** \_\_\_\_\_

---

Die erforderlichen Angaben sind wahrheitsgemäß zu erteilen. Wahrheitswidrige bzw. unvollständige Auskünfte  
können insbesondere disziplinarrechtliche Maßnahmen (§ 3 Disziplinarordnung der KZVLB) nach sich ziehen und zu  
finanziellen Einbußen führen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Vertragszahnärztin/ des Vertragszahnarztes

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Vertreterin/ des Vertreters

### **§ 32 Zahnärzte-ZV**

(1) Der Vertragszahnarzt hat die vertragszahnärztliche Tätigkeit persönlich in freier Praxis auszuüben. Bei Krankheit, Urlaub oder Teilnahme an zahnärztlicher Fortbildung oder an einer Wehrübung kann er sich innerhalb von zwölf Monaten bis zur Dauer von drei Monaten vertreten lassen. Eine Vertragszahnärztin kann sich in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit einer Entbindung bis zu einer Dauer von zwölf Monaten vertreten lassen. Dauert die Vertretung länger als eine Woche, so ist sie der Kassenzahnärztlichen Vereinigung mitzuteilen. Der Vertragszahnarzt darf sich nur durch einen Vertragszahnarzt oder einen Zahnarzt vertreten lassen, der die Voraussetzungen des § 3 Abs. 3 Satz 1 zweiter Halbsatz nachweisen kann. § 3 Abs. 4 gilt. Überschreitet innerhalb von zwölf Monaten die Dauer der Vertretung einen Monat, kann die Kassenzahnärztliche Vereinigung beim Vertragszahnarzt oder beim Vertreter überprüfen, ob der Vertreter die Voraussetzungen nach Satz 5 erfüllt und keine Ungeeignetheit nach § 21 vorliegt.

(2) Die Beschäftigung eines Assistenten nach § 3 Abs. 3 bedarf der Genehmigung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung. Im Übrigen darf der Vertragszahnarzt einen Vertreter oder einen Assistenten mit vorheriger Genehmigung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung nur beschäftigen

1. aus Gründen der Sicherstellung der vertragszahnärztlichen Versorgung,
2. während Zeiten der Erziehung von Kindern bis zu einer Dauer von 36 Monaten, wobei dieser Zeitraum nicht zusammenhängend genommen werden muss,
3. während der Pflege eines pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung bis zu einer Dauer von sechs Monaten.

Die Kassenzahnärztliche Vereinigung kann die genannten Zeiträume verlängern. Die Dauer der Beschäftigung ist zu befristen. Die Genehmigung ist zu widerrufen, wenn die Beschäftigung eines Vertreters oder Assistenten nicht mehr begründet ist, sie kann widerrufen werden, wenn in der Person des Vertreters oder Assistenten Gründe liegen, welche beim Vertragszahnarzt zur Entziehung der Zulassung führen können.

(3) Die Beschäftigung eines Assistenten darf nicht der Vergrößerung der Kassenpraxis oder der Aufrechterhaltung eines übergroßen Praxisumfanges dienen.

(4) Der Vertragszahnarzt hat Vertreter und Assistenten zur Erfüllung der vertragszahnärztlichen Pflichten anzuhalten.

**Die Richtlinien für die Beschäftigung von Assistentinnen und Assistenten sowie Vertreterinnen und Vertretern in der vertragszahnärztlichen Versorgung der KZV Land Brandenburg** finden Sie auf der Homepage der KZVLB unter der Rubrik: Service für die Praxis\_Recht/Verträge\_Gesetze und Verordnungen und im Handbuch der KZVLB.

Sie wurden im amtlichen Mitgliederrundschreiben des Vorstandes der KZVLB Nr. 10/2016 veröffentlicht.