

## Antrag auf Eintragung in das Zahnarztregister bei Wohnort oder Zulassung in **Oberbayern**

Ich beantrage die Eintragung in das Zahnarztregister.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
(ggf. auch Geburtsname)

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

Wohnungsanschrift: \_\_\_\_\_  
Straße / Hausnummer / PLZ / Ort

Praxisanschrift: \_\_\_\_\_  
(nur eigene Praxis) Straße / Hausnummer / PLZ / Ort

Telefon / Fax: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Fremdsprachenkenntnisse: \_\_\_\_\_  
(derzeitige; ggf. auch mehrfache)

Aufenthaltsgenehmigung: \_\_\_\_\_  
(bei Nicht-EU-Zahnärzten)

Datum und Ort des Staatsexamens: \_\_\_\_\_  
(bei Examen außerhalb der Bundesrepublik Deutschland auch Land und Ort)

Datum der zahnärztlichen Approbation: \_\_\_\_\_

Datum der ärztlichen Approbation: \_\_\_\_\_

Datum der Promotion: \_\_\_\_\_  
(neben der zahnärztlichen auch alle weiteren Promotionen)

Lückenlose Aufstellung der zahnärztlichen Tätigkeit in zeitlicher Reihenfolge (siehe Anlage).  
**Bitte entsprechende Unterlagen laut Merkblatt (Anlage) einreichen.**

Niedergelassen als Zahnarzt ab: \_\_\_\_\_

Die Eintragungsgebühr von **100,00 €** gemäß § 46 Abs. 1 Buchstabe a der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte ist auf das Konto der zuständigen Bezirksstelle der KZVB zu überweisen.

**Die Gebühr habe ich am \_\_\_\_\_ auf nachstehendes Bankkonto überwiesen.**

**Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG**

**IBAN:** DE93 3006 0601 1001 1261 72

**BIC:** DAAEDEDXXX

**Verwendungszweck:** Eintrag in das Zahnarztregister der Bezirksstelle Oberbayern

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Name des Antragstellers

## Lückenlose Aufstellung über die zahnärztliche Tätigkeit in zeitlicher Reihenfolge

**Zeugnisse oder Bescheinigungen sind in amtlich beglaubigter Kopie beigelegt.**

Auch die zahnärztliche Tätigkeit bei der Bundeswehr, Vertretungen, Zeitpunkte ohne zahnärztliche Tätigkeit sowie frühere vertragszahnärztliche Tätigkeiten, Zulassungen oder Beteiligungen, sind anzugeben.

### Ausgeübte zahnärztliche Tätigkeit

| Von | Bis | ganztags/<br>halbtags | Tage /<br>Monate /<br>Jahre | Arbeitgeber | Ort | Art der Tätigkeit<br>(Assistent, Vertreter,<br>ohne Tätigkeit etc.) |
|-----|-----|-----------------------|-----------------------------|-------------|-----|---|
|     |     |                       |                             |             |     |   |
|     |     |                       |                             |             |     |   |
|     |     |                       |                             |             |     |   |
|     |     |                       |                             |             |     |   |
|     |     |                       |                             |             |     |   |
|     |     |                       |                             |             |     |   |
|     |     |                       |                             |             |     |   |
|     |     |                       |                             |             |     |   |
|     |     |                       |                             |             |     |   |
|     |     |                       |                             |             |     |   |

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben:

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

## Bestätigung über die Vorbereitungszeit

Hiermit bestätige ich, dass Frau/Herr

\_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

in der Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

als Vorbereitungsassistent

ganztags  
(> 30 Std./Woche)

halbtags  
(> 15 Std./Woche)

in der Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

als Vorbereitungsassistent

ganztags  
(> 30 Std./Woche)

halbtags  
(> 15 Std./Woche)

patientenbezogen, zahnärztlich in meiner/unsere Praxis tätig war.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum  
(Ausstellungsdatum nicht vordatiert)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
Vertragszahnarzt / Handlungsbevollmächtigter im MVZ

Praxisstempel mit ABE-Nr.



## Merkblatt Eintragung in das Zahnarztregister

### Das Zahnarztregister erfasst

- a. die zugelassenen Zahnärzte,
- b. Zahnärzte, die die Voraussetzungen des § 3 Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte (ZÄ-ZV) erfüllen und ihre Eintragung nach § 4 Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte (ZÄ-ZV) beantragt haben.

### Gemäß § 3 Abs. 2 der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte (ZÄ-ZV) sind die Voraussetzungen für die Eintragung in das Zahnarztregister

- a. die Approbation als Zahnarzt,
- b. die Ableistung einer mindestens zweijährigen Vorbereitungszeit.  
*(Gilt nicht für Zahnärzte, die in einem Mitgliedsstaat der EU oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum anerkanntes Diplom erworben haben und zur Berufsausübung zugelassen sind.)*

Der Zahnarzt ist laut § 4 Abs. 1 ZÄ-ZV in das Zahnarztregister des Zulassungsbezirks einzutragen, in dem er seinen Wohnort hat. Wird ein Zahnarzt zugelassen, so wird er laut § 5 Abs. 2 ZÄ-ZV in das Zahnarztregister umgeschrieben, das für den Vertragszahnarztsitz geführt wird.

Der Antrag muss die zur Eintragung erforderlichen Angaben enthalten. Die Angaben sind nachzuweisen, insbesondere sind beizufügen:

### als Urschrift oder als amtlich beglaubigte Abschrift (nicht älter als 6 Monate) / \* bei ausländischen Dokumenten zusätzlich als amtlich beglaubigte deutsche Übersetzung (nicht älter als 6 Monate):

- Geburtsurkunde\*
- ggf. Eheurkunde bzw. Bescheinigung über die Namensänderung\*
- ggf. Einbürgerungsurkunde
- ggf. Diplom bzw. Nachweis über zahnmedizinisches Studium im Ausland\*
- ggf. Anerkennungsurkunde des im Ausland erworbenen Titels
- Approbationsurkunde(n)
- ggf. Promotionsurkunde(n) ggf. Urkunde(n) über Gebietsbezeichnung(en)
- ggf. Urkunde(n) über akademische(n) Grad(e)
- Lückenlose Aufstellung über die zahnärztliche Tätigkeit nach der Approbation (**Anlage 1**)
- Nachweis(e) von einem oder mehreren Vertragszahnärzten, bei dem/denen die Assistentenzeit abgeleistet wurde (**Anlage 2 oder Arbeitsbestätigung bzw. Zeugnis**)  
**Wichtig: Ausstellungsdatum nicht vordatiert und mit Unterschrift des Arbeitgebers!**

### in einfacher Kopie:

- Personalausweis oder Reisepass
- bei Nicht-EU-Zahnärzten zusätzlich Aufenthaltsgenehmigung
- Nachweis(e)/Genehmigungsbescheid(e) der KZV(en) für die Assistententätigkeit(en) bei einem oder mehreren Vertragszahnärzten
- Einzahlungsbeleg über die Register-Eintragungsgebühr

**Sie erhalten die Unterlagen nach erfolgter Eintragung zurück, da die Archivierung elektronisch erfolgt.**

Die Eintragungsgebühr in Höhe von **100,00 €** ist gemäß § 46 Abs. 1a Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte (ZÄ-ZV) auf das Konto der zuständigen Bezirksstelle zu überweisen (**Kontoverbindung siehe Antrag**).

# Auszug aus der

## Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte

### (Zahnärzte-ZV)

vom 28. Mai 1957 (BGBl I S. 582),  
zuletzt geändert durch Artikel 15  
des Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung  
(GKV-Versorgungsstärkungsgesetz - GKB-VSG) vom 16.07.2015  
(BGBl. I vom 22. Juli 2015, S. 1211)  
gültig ab 23. Juli 2015

---

### § 3

- (1) Die Eintragung in das Zahnarztregister ist bei der nach § 4 zuständigen Kassenzahnärztlichen Vereinigung zu beantragen.
- (2) Voraussetzung für die Eintragung sind
  - a) die Approbation als Zahnarzt,
  - b) die Ableistung einer mindestens zweijährigen Vorbereitungszeit.
- (3) Die Vorbereitung muss eine mindestens sechsmonatige Tätigkeit als Assistent oder Vertreter eines oder mehrerer Vertragszahnärzte umfassen; eine Tätigkeit als Vertreter darf nur anerkannt werden, wenn der Zahnarzt eine vorausgegangene mindestens einjährige Tätigkeit in unselbständiger Stellung als Assistent eines Vertragszahnarztes oder in Einrichtungen nach Satz 2 nachweisen kann. Für die übrige Zeit kann die Vorbereitung durch Tätigkeiten in unselbständiger Stellung in Universitätszahnkliniken, Zahnstationen eines Krankenhauses oder des öffentlichen Gesundheitsdienstes oder der Bundeswehr oder in Zahnkliniken abgeleistet werden. Bis zu drei Monate der Vorbereitung nach Satz 1 können durch eine Tätigkeit von gleicher Dauer in einer Universitätszahnklinik oder einer Zahnstation der Bundeswehr ersetzt werden. Tätigkeiten nach den Sätzen 1 bis 3 können nicht angerechnet werden, wenn sie in kürzeren Zeitabschnitten als drei Wochen oder bei gleichzeitiger Ausübung einer eigenen Praxis abgeleistet werden.
- (4) Absatz 2 Buchstabe b gilt nicht für Zahnärzte, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder einem Vertragsstaat, dem Deutschland und die Europäische Union vertraglich einen entsprechenden Rechtsanspruch eingeräumt haben, einen nach den gemeinschaftsrechtlichen Vorschriften anerkannten Ausbildungsnachweis erworben haben und zur Berufsausübung zugelassen sind.