

# Antrag auf Zulassung zur vertragszahnärztlichen Tätigkeit

ZULASSUNGS  
AUSSCHUSS  
RLP

Kassenzahnärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz  
Zulassungsausschuss für Zahnärzte in Rheinland-Pfalz  
Isaac-Fulda-Allee 2  
55124 Mainz

Das Antragsformular bitte vollständig und ausfüllen und dabei das Zutreffende ankreuzen!

## 1. Persönliche Angaben

|                                                            |                |                                              |
|------------------------------------------------------------|----------------|----------------------------------------------|
| <b>Titel Name:</b>                                         |                |                                              |
| <b>Vorname(n):</b>                                         |                |                                              |
| <b>Rufname:</b>                                            |                |                                              |
| <b>Geburtsdatum:</b>                                       |                | Lebenslange Zahnarzt-Nr.: (falls vorhanden): |
| <b>Hauptwohnsitz</b><br>(zum Zeitpunkt der Antragstellung) | Straße, Nr.:   |                                              |
|                                                            | PLZ:           | Ort:                                         |
| <b>Optional</b><br>(zur schnelleren Kontaktaufnahme)       | Telefon/Mobil: | E-Mail:                                      |

Im Zahnarztregister der Kassenzahnärztlichen Vereinigung

bin ich seit \_\_\_\_\_ unter der Register-Nummer \_\_\_\_\_  
eingetragen.

Sofern sich ihr Hauptwohnsitz in Rheinland-Pfalz befindet und Sie noch nicht eingetragen sind, finden Sie den Antrag unter  
<https://www.kzvrlp.de/mitglied/zulassung-und-anstellung/>

## 2. Vertragszahnärztliche Tätigkeit

Hiermit beantrage ich die Zulassung zur Teilnahme an der vertragszahnärztlichen Versorgung

|                          |                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--------------------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | als Praxisneugründung                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <input type="checkbox"/> | zur Übernahme der Praxis von _____        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <input type="checkbox"/> | als Berufsausübungsgemeinschaft mit _____ | In diesem Fall reichen Sie bitte zusätzlich das Antragsformular auf Gründung/Erweiterung einer BAG nebst Anlagen ein<br><a href="https://www.kzvrlp.de/mitglied/zulassung-und-anstellung/vertragszahn-aerzte/">https://www.kzvrlp.de/mitglied/zulassung-und-anstellung/vertragszahn-aerzte/</a> |
| <input type="checkbox"/> | Als Praxisgemeinschaft mit _____          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

|                                                                                                    |                                                                                           |                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/>                                                                           | Die vertragszahnärztliche Tätigkeit wird <u>vollzeitig</u> ausgeübt                       |                                                           |
| <input type="checkbox"/>                                                                           | Der aus der Zulassung folgende Versorgungsauftrag wird auf die <u> Hälfte </u> beschränkt |                                                           |
| zum:                                                                                               |                                                                                           |                                                           |
| (geplanter Zeitpunkt der Niederlassung)                                                            |                                                                                           |                                                           |
| als:                                                                                               |                                                                                           |                                                           |
| <input type="checkbox"/>                                                                           | Zahnärztin/Zahnarzt                                                                       |                                                           |
| <input type="checkbox"/>                                                                           | Kieferorthopädin/Kieferorthopäde bzw. für das Fachgebiet Kieferorthopädie                 |                                                           |
| <b>Praxisanschrift:</b>                                                                            | Straße, Nr.:                                                                              |                                                           |
|                                                                                                    | PLZ:                                                                                      | Ort:                                                      |
| Die <b>Versorgung von Menschen mit Behinderung</b> wird in meiner Praxis wie folgt sichergestellt: |                                                                                           |                                                           |
| behindertengerechter Zugang                                                                        |                                                                                           | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

### 3. Erklärungen

Ich erkläre, dass ich nicht drogen- und/oder alkoholabhängig bin und dies nicht innerhalb der letzten Jahre war. Ferner erkläre ich, dass mich innerhalb der letzten fünf Jahre keiner Entziehungskur wegen Drogen- oder Alkoholabhängigkeit unterzogen habe und dass gesetzliche Hinderungsgründe meiner Ausübung des zahnärztlichen Berufs nicht entgegenstehen.

#### § 21 Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte

Ungeeignet für die Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit ist ein Zahnarzt, der aus gesundheitlichen oder sonstigen in der Person liegenden schwerwiegenden Gründen nicht nur vorübergehend unfähig ist, die vertragszahnärztliche Tätigkeit ordnungsgemäß auszuüben. Das ist insbesondere zu vermuten, wenn er innerhalb der letzten fünf Jahre vor seiner Antragstellung drogen- oder alkoholabhängig war.

#### Angaben zu bestehenden Dienst- bzw. Beschäftigungsverhältnissen:

☐ Ich stehe zurzeit in **keinem** Dienst- bzw. Beschäftigungsverhältnis.

☐ Ich stehe zurzeit in **folgendem/n** Dienst- bzw. Beschäftigungsverhältnis

1. bei/im \_\_\_\_\_ mit \_\_\_\_\_ Std./Woche

2. bei/im \_\_\_\_\_ mit \_\_\_\_\_ Std./Woche

☐ Das Beschäftigungsverhältnis zu ist mit Wirkung zum \_\_\_\_\_ gekündigt worden.

☐ Das Beschäftigungsverhältnis zu wird mit Wirkung zum \_\_\_\_\_ gekündigt.

☐ Das Beschäftigungsverhältnis zu wird mit \_\_\_\_\_ Std./Woche weitergeführt.

Mir ist bekannt, dass jede regelmäßige Nebentätigkeit dem Zulassungsausschuss unter Angabe des zeitlichen Umfangs anzuzeigen ist.

☐ Mit der Veröffentlichung meiner Zulassung in zahnärztlichen Mitteilungsblättern in Rheinland- Pfalz bin ich einverstanden.

☐ Zur Vermeidung der doppelten Ausfüllung von Fragebögen bin ich damit einverstanden, dass die auf den Fragebögen der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz angegebenen

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                          | <p>personenbezogenen Daten auch von der zuständigen Bezirkszahnärztekammer übernommen werden und umgekehrt.</p> <p>Von der gemeinsamen EDV-mäßigen Speicherung der Daten durch die beiden Körperschaften bin ich informiert worden und erhebe keine Einwände. Die Daten unterliegen dem Datenschutz und den allgemeinen Geheimhaltungspflichten. Die Verwendung erfolgt zur Erfüllung der Aufgaben der beiden Körperschaften. Zur Weiterleitung der Daten an die Landes Zahnärztekammer Rheinland-Pfalz in Mainz und an die Bundeszahnärztekammer in Berlin wird zugestimmt.</p> |
| <input type="checkbox"/> | <p>Mir ist bekannt, dass ein Vertragszahnarzt nach § 95 d Abs. 1 SGB V verpflichtet ist, sich in dem Umfang fachlich fortzubilden, wie es zur Erhaltung und Fortentwicklung der zu seiner Berufsausübung in der vertragszahnärztlichen Versorgung erforderlichen Fachkenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten notwendig ist.</p>                                                                                                                                                                                                                                                 |

#### 4. Hinweise zur Abrechnung

Mir ist bekannt, dass ein Honoraranspruch erst nach Erteilung der entsprechenden Genehmigung besteht.

Für die einfachere, schnellere und sichere Übertragung von Abrechnungsdaten bietet die KZV Rheinland-Pfalz ein **Online-Abrechnungsportal** an. Hierfür ist eine **Anmeldung zwingend**. Es wird empfohlen den Antrag bereits mit dem Antrag auf Zulassung zu stellen. Bitte füllen Sie hierzu die **Anlage 1** zu diesem Antrag aus.

#### 5. Wichtige Hinweise

Sämtliche Angaben in diesem Antrag werden für die Genehmigung gem. § 95 Abs. 1 SGB V i.V.m. § 18 ZV-Zahnärzte benötigt. Unvollständige Angaben können zur Folge haben, dass die Genehmigung nicht erteilt wird. Wenn die bei der Erteilung dieser Genehmigung zugrunde gelegten Voraussetzungen tatsächlich nicht erfüllt waren oder nachträglich entfallen, kann die Zulassung entzogen werden; sie ist zu entziehen, wenn die Voraussetzungen unter denen sie erteilt wurde, tatsächlich nicht vorlagen oder nachträglich weggefallen sind. Im Übrigen kann die Genehmigung in durch Gesetz bestimmten Fällen entzogen werden.

Die Ausübung gemeinsamer Tätigkeit in Form einer Berufsausübungsgemeinschaft bedarf der Genehmigung des Zulassungsausschusses. Hierzu ist ein gesonderter Antrag erforderlich. Die Ausübung der Tätigkeit in einer Praxisgemeinschaft ist bei der KZV RLP anzeigepflichtig.

Den Antrag auf Gründung einer BAG finden Sie unter:  
<https://www.kzvrlp.de/mitglieder/zulassung-und-anstellung/vertragszahnarzte/>

Jede Änderung bzw. Beendigung der genehmigten Anträge auch im Hinblick auf den Status des Vertragszahnarztes wie z.B. die Verlegung der Vertragspraxis bedarf der vorherigen Genehmigung des Zulassungsausschusses. Die für einen Antrag erforderliche Genehmigung des Ausschusses kann **nur mit Wirkung für die Zukunft** und nicht für einen in der Vergangenheit liegenden Zeitraum erteilt werden.

#### 6. Antragsgebühren

☐ Der Betrag in Höhe von € 100, -- wurde auf das Bankkonto „Deutsche Apotheker- und Ärztebank e.G.“, IBAN: DE81 3006 0601 0002 0680 01, BIC: DAAEDEDXXX mit dem Verwendungszweck „**1.1 Zulassung/ Name des Antragstellers**“ überwiesen. Ein Nachweis über die Entrichtung (z.B. Kontoauszug, gestempelte Bestätigung der Bank) liegt bei oder wird nachgereicht.

**Ich versichere, dass ich nur Zutreffendes angekreuzt habe und meine Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind. Sofern sich Änderungen zu vorstehenden Angaben ergeben, verpflichte ich mich, diese umgehend dem Zulassungsausschuss schriftlich mitzuteilen.**

**Durch Ihre Unterschrift geht die in dem angefügten Merkblatt dargestellte datenschutzrechtliche Erklärung als Bestandteil in den Antrag über.**

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

## Merkblatt

### Zulassung zur vertragszahnärztlichen Tätigkeit

(Für Ihre Unterlagen bestimmt)

#### I. CHECKLISTE

Dem Antrag auf Zulassung zur vertragszahnärztlichen Tätigkeit sind gemäß § 18 Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte nachstehende Unterlagen vollständig beizufügen:

- ☐ **Antrag** auf Zulassung zur vertragszahnärztlichen Tätigkeit
  - ☐ aktueller **EDV-Ausdruck** über die Eintragung in das Zahnarztregister einer Kassenzahnärztlichen Vereinigung aus dem der Tag der Approbation und der Tag der Eintragung in das Zahnarztregister hervorgehen muss. Soweit eine Eintragung im Zahnarztregister der KZV Rheinland-Pfalz erfolgen soll, ist ein entsprechender Antrag beizufügen. Den Antrag finden Sie unter:  
<https://www.kzvrlp.de/mitglieder/zulassung-und-anstellung/>
  - ☐ aktueller, lückenloser **Lebenslauf** mit Lichtbild, Datum und Unterschrift sowie den Angaben über die seit der Approbation ausgeübten zahnärztlichen Tätigkeiten. Soweit Zeiten ohne Beschäftigungsverhältnis vorgelegen haben (z.B. wegen Kindererziehung, Erkrankung, Arbeitslosigkeit) sind diese ebenso kenntlich zu machen. Bitte beachten Sie, dass der Lebenslauf zum Zeitpunkt der Erteilung der Genehmigung (Sitzung des Zulassungsausschusses) nicht älter als sechs Monate sein darf.
  - ☐ Beleg über den Antrag auf Erteilung eines polizeilichen **Führungszeugnisses** der Belegart „N“ oder „0“. Bitte beachten Sie, dass der Lebenslauf zum Zeitpunkt der Erteilung der Genehmigung (Sitzung des Zulassungsausschusses) nicht älter als sechs Monate sein darf und zur Verhandlung vor dem Zulassungsausschuss zwingend vorliegen muss.
  - ☐ Nachweis über die Entrichtung der **Antragsgebühr**.
  - ☐ **Versicherungsbescheinigung** nach § 113 Abs.2 des Versicherungsvertragsgesetzes über das Bestehen einer ausreichenden Berufshaftpflichtversicherung.
  - ☐ Ferner sind für den Fall, dass eine Registereintragung im anderen KZV-Bereich bereits besteht **einfache Kopien** von
    - ☐ Approbationsurkunde(n)
    - ☐ ggf. Promotionsurkunde(n)
    - ☐ sonstige Urkunden (Fachzahnarzt, M.Sc.)
    - ☐ lückenlose Bescheinigungen über die seit der Approbation ausgeübten zahnärztlichen Tätigkeiten (Bescheinigungen des Arbeitgebers)
- einzureichen.

#### II. WICHTIGE HINWEISE ZUR ENTRICHTUNG DER ANTRAGSGEBÜHR

Gem. § 46 Abs. 1 b) der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte ist eine Gebühr in Höhe von € 100,- fällig, sobald Sie Ihren Antrag bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses eingereicht haben. Diese Gebühr ist somit auch dann zu entrichten, wenn

Sie Ihren Antrag später zurücknehmen.

Die Zahlung ist an nachfolgende Bankverbindung durchzuführen:

**Deutsche Apotheker- und Ärztebank e.G.**  
**IBAN: DE81 3006 0601 0002 0680 01**  
**BIC: DAAEDEDXXX**

Nach der Genehmigung werden gem. § 46 Abs. 2 a) Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte zusätzlich Verwaltungsgebühren in Höhe von € 400,-- fällig. Diese Verwaltungsgebühr wird mit dem Honorarkonto verrechnet.

### **III. ALLGEMEINE HINWEISE ZUM ANTRAGSVERFAHREN**

Die Übersendung von Originalunterlagen ist, mit Ausnahme von Bürgschaftserklärungen, nicht erforderlich. Etwaige zugesandte Originalunterlagen können nicht zurückgeschickt werden. Bitte heften Sie Ihre Unterlagen nicht, da diese hier elektronisch weiterverarbeitet werden.

Bitte nutzen Sie nur **einen Versendungsweg** für Ihren Antrag. Für eine elektronische Übermittlung können folgende Kontaktdaten genutzt werden:

[Zulassung@kzvrlp.de](mailto:Zulassung@kzvrlp.de)

Auch die Übersendung auf dem Postweg ist möglich.

**Bitte beachten Sie, dass Ihr Antrag auf Zulassung bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses für Zahnärzte im Bereich der Kassenzahnärztlichen Vereinigung RLP, Isaac-Fulda-Allee 2, 55124 Mainz, mindestens 4 Wochen vor Sitzungstermin eingereicht werden muss, damit die gesetzlichen Fristen eingehalten werden können.**

**Anträge, die verspätet eingehen oder zum Abgabetermin unvollständig sind, müssen bis zur nächsten Sitzung zurückgestellt werden.**

**Die Sitzungstermine des Zulassungsausschusses finden Sie unter:**

**<https://www.kzvrlp.de/mitglieder/zulassung-und-anstellung/sitzungstermine/>**

### **III. HINWEISE ZUR BERUFSHAFTPFLICHTVERSICHERUNG**

Seit dem 01.07.2021 sieht das Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) Gemäß § 95 e SGB V den Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung für alle Vertragszahnärzte als Vertragszahnärztliche Pflicht vor. Bei Stellung eines Antrags auf Zulassung oder Genehmigung einer Anstellung ist dem Zulassungsausschuss das Bestehen eines ausreichenden Berufshaftpflichtversicherungsschutzes nachzuweisen. Ausreichend ist dieser, wenn das individuelle Haftungsrisiko des Vertragszahnarztes abgesichert ist. Jedenfalls darf die Mindestversicherungssumme für alle Vertragszahnärzte drei Millionen Euro für Personen- und Sachschäden nicht unterschreiten und die Leistungen des Versicherers für alle innerhalb eines Jahres verursachten Schäden dürfen nicht weiter als auf den zweifachen Betrag der Mindestversicherungssumme begrenzt werden.

Für Medizinische Versorgungszentren sowie für Vertragszahnärzte und Berufsausübungsgemeinschaften mit angestellten Zahnärzten ist der Berufshaftpflichtversicherungsschutz ausreichend, sofern er für die gesamte von dem Leistungserbringer ausgehende zahnärztliche Tätigkeit besteht. Jedenfalls darf die Mindestversicherungssumme fünf Millionen Euro für Personen- und Sachschäden für jeden Versicherungsfall nicht unterschreiten und die Leistungen des Versicherers für alle innerhalb eines Jahres verursachten Schäden nicht weiter als auf den dreifachen Betrag der Mindestversicherungssumme begrenzt werden.

#### **IV. HINWEIS ZUM BESCHÄFTIGUNGSVERHÄLTNIS**

Gemäß § 20 Abs. 1 und 2 Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte steht ein Beschäftigungsverhältnis oder eine andere nicht ehrenamtliche Tätigkeit der Eignung für die Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit entgegen, wenn der Zahnarzt unter Berücksichtigung der Dauer und zeitlichen Lage der anderweitigen Tätigkeit den Versicherten nicht in dem seinem Versorgungsauftrag entsprechenden Umfang persönlich zur Verfügung steht und insbesondere nicht in der Lage ist, Sprechstunden zu den in der vertragszahnärztlichen Versorgung üblichen Zeiten anzubieten. Für die Ausübung vertragszahnärztlicher Tätigkeit ist nicht geeignet ein Zahnarzt, der eine zahnärztliche Tätigkeit ausübt, die ihrem Wesen nach mit der Tätigkeit des Vertragszahnarztes am Vertragszahnarztsitz nicht zu vereinbaren ist. Eine Nebentätigkeit in Bezug auf Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken ist gestattet.

#### **V. FORTBILDUNGSPFLICHT**

Gemäß § 95 d SGB V ein Vertragszahnarzt verpflichtet, sich in dem Umfang fachlich fortzubilden, wie es zur Erhaltung und Fortentwicklung der zu seiner Berufsausübung in der vertragszahnärztlichen Versorgung erforderlichen Fachkenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten notwendig ist. Die Fortbildungsinhalte müssen dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse auf dem Gebiet der Zahnmedizin entsprechen. Sie müssen frei von wirtschaftlichen Interessen sein.

Der Nachweis, dass der Vertragszahnarzt in dem zurückliegenden Fünfjahreszeitraum seiner Fortbildungspflicht nach Absatz 1 nachgekommen ist, ist alle fünf Jahre gegenüber der Kassenzahnärztlichen Vereinigung zu erbringen. Für die Zeit des Ruhens der Zulassung ist die Frist unterbrochen. Endet die bisherige Zulassung infolge Wegzugs des Vertragszahnarztes aus dem Bezirk seines Vertragszahnarztsitzes, läuft die bisherige Frist weiter. Erbringt ein Vertragszahnarzt den Fortbildungsnachweis nicht oder nicht vollständig, ist die Kassenzahnärztliche Vereinigung verpflichtet, das an ihn zu zahlende Honorar aus der Vergütung vertragszahnärztlicher Tätigkeit für die ersten vier Quartale, die auf den Fünfjahreszeitraum folgen, um 10 vom Hundert zu kürzen, ab dem darauf folgenden Quartal um 25 vom Hundert. Ein Vertragszahnarzt kann die für den Fünfjahreszeitraum festgelegte Fortbildung binnen zwei Jahren ganz oder teilweise nachholen; die nachgeholte Fortbildung wird auf den folgenden Fünfjahreszeitraum nicht angerechnet. Die Honorarkürzung endet nach Ablauf des Quartals, in dem der vollständige Fortbildungsnachweis erbracht wird. Erbringt ein Vertragszahnarzt den Fortbildungsnachweis nicht spätestens zwei Jahre nach Ablauf des Fünfjahreszeitraums, soll die Kassenzahnärztliche Vereinigung unverzüglich gegenüber dem Zulassungsausschuss einen Antrag auf Entziehung der Zulassung stellen. Wird die Zulassungsentziehung abgelehnt, endet die Honorarkürzung nach Ablauf des Quartals, in dem der Vertragszahnarzt den vollständigen Fortbildungsnachweis des folgenden Fünfjahreszeitraums erbringt.

Der Nachweis über die Fortbildung kann durch Fortbildungszertifikate der Kammern der Zahnärzte erbracht werden. Andere Fortbildungszertifikate müssen den Kriterien entsprechen, die die jeweilige Arbeitsgemeinschaft der Kammern auf Bundesebene aufgestellt hat. In Ausnahmefällen kann die Übereinstimmung der Fortbildung mit den Anforderungen nach Absatz 1 Satz 2 und 3 auch durch sonstige Nachweise erbracht werden; die Einzelheiten werden von den Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigungen nach Absatz 6 Satz 2 geregelt.

#### **VI. DATENSCHUTZ**

Die zur Bearbeitung Ihres Antrags erforderlichen Daten werden auf der gesetzlichen Grundlage der §§ 95 und 98 SGB V in Verbindung mit den Vorschriften der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte erhoben und verarbeitet.

Die Daten werden nur im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften verarbeitet. Die Datenverarbeitung ist für die Erfüllung der Aufgaben der KZV Rheinland-Pfalz und der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses erforderlich und erfolgt folglich gemäß Art. 6 Abs. 1 Satz 1 c) DSGVO rechtmäßig.

Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter dem Link: <https://www.kzvrlp.de/datenschutz-zerklaerung/>

**Anlage 1**

KZV Rheinland-Pfalz  
Geschäftsbereich IT  
Isaac-Fulda-Allee 2  
55124 Mainz

KZV-Zeichen:

**Anmeldung/Erklärung zur Online-Einreichung von Abrechnungsdaten**

Ich möchte die Möglichkeit zur Online-Einreichung von Abrechnungsdaten an die KZV Rheinland-Pfalz nutzen und bitte um Zusendung der Zugangsdaten.

Die Berechtigungsscheine von sonstigen Kostenträgern (Bundeswehr, Sozialämter usw.) bzw. Sonderabkommen werden an die KZV Rheinland-Pfalz (per Post/Bote) übermittelt und mit der Aufschrift „online“ versehen. Eine Kopie der übermittelten Daten wird in der Praxis bereitgehalten, damit die Datenübertragung im Bedarfsfall wiederholt werden kann.

Ich erkläre mit meiner Unterschrift, dass sämtliche Übertragungen von Abrechnungsdaten über das Internet zur KZV Rheinland-Pfalz den vertraglichen Bestimmungen entsprechen und die in Rechnung gestellten Leistungen von mir persönlich oder unter meiner Aufsicht vertragsgerecht ausgeführt worden sind.

Bitte prüfen und ergänzen Sie folgende Angaben ( \* Pflichtfelder ):

|                   |                                  |
|-------------------|----------------------------------|
| Anrede, Titel:*   |                                  |
| Familienname:*    |                                  |
| Vorname:*         |                                  |
| Abrechnungsnr.:   | wird von der KZV RLP eingetragen |
| Straße, Hausnr.:* |                                  |
| PLZ:*             |                                  |
| Ort:*             |                                  |
| Praxis-Telefon:   |                                  |
| Praxis-Fax:       |                                  |
| E-Mail:*          |                                  |

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift