

Reduzierung/ Beschränkung der 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 ausfüllen und dabei das Zutreffende ankreuzen!

1. Persönliche Angaben

Titel Name:		
Vorname(n):		
Geburtsdatum:		
Hauptwohnsitz (zum Zeitpunkt der Antragstellung)	Straße, Nr.:	
	PLZ:	Ort:
Optional (zur schnelleren Kontaktaufnahme)	Telefon:	E-Mail:

2. Vertragszahnärztliche Tätigkeit

Praxisanschrift:	Straße, Nr.:	
	PLZ:	Ort:
Abrechnungsnummer:		

Ich reduziere/ beschränke meine Zulassung zur vertragszahnärztlichen Versorgung

☐

auf einen hälftigen Versorgungsauftrag

§ 19 a Abs. 2 Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte (Zahnärzte-ZV)

Der Zahnarzt ist berechtigt, durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Zulassungsausschuss seinen Versorgungsauftrag auf die Hälfte des Versorgungsauftrages nach Absatz 1 Satz 1 zu beschränken. Die Beschränkung des Versorgungsauftrages wird entweder im Rahmen eines Beschlusses nach § 19 Abs. 1 oder durch gesonderten Beschluss festgestellt.

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

Reduzierung/ Beschränkung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit

(Für Ihre Unterlagen bestimmt)

I. CHECKLISTE

Der Reduzierung/ Beschränkung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit sind folgende Unterlagen beizufügen.

☐ Das Formular „Reduzierung/ Beschränkung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit“

II. 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

Auch die Übersendung auf dem Postweg ist möglich.

Bitte beachten Sie, dass Mitteilung über die Beschränkung bzw. Beendigung Ihrer 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.

Mitteilungen, 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/>

II. 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/datenschutzerklaerung/>