

# Mitteilung über die Neugründung/Umwandlung eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ)

Zahnärztekammer Berlin  
Mitgliederverwaltung  
Stallstraße 1  
10585 Berlin

Name des MVZ: .....

Praxisform:            MVZ             MVZ ÜBAG             MVZ KÜBAG

Anschrift | Straße | Nr.: .....

PLZ | Ort: ..... Bezirk: .....

Telefonnummer: .....

Faxnummer: .....

E-Mail: .....

Neugründung                        Zugelassen durch die KZV Berlin zum: .....  
**(Bitte eine Kopie der KZV Zulassungsgenehmigung beilegen)**

Umwandlung in ein MVZ           

vorherige Praxisinhaberin/  
vorheriger Praxisinhaber: .....

Weitere Standorte des MVZ: .....

.....

KZV Berlin Stempel: .....

# Angaben zu den tätigen Zahnärzten im MVZ

Name, Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

- Gesellschafterin/Gesellschafter im MVZ seit: .....
- Vertragszahnärztin/Vertragszahnarzt mit eigener Zulassung im MVZ seit: .....
- Angestellte/Angestellter im MVZ seit: .....
- Zahnärztliche Leiterin/Zahnärztlicher Leiter im MVZ seit: .....
- Entlastungsassistentin/Entlastungsassistent seit: .....
- Vorbereitungsassistentin/Vorbereitungsassistent seit: .....

Name, Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

- Gesellschafterin/Gesellschafter im MVZ seit: .....
- Vertragszahnärztin/Vertragszahnarzt mit eigener Zulassung im MVZ seit: .....
- Angestellte/Angestellter im MVZ seit: .....
- Zahnärztliche Leiterin/Zahnärztlicher Leiter im MVZ seit: .....
- Entlastungsassistentin/Entlastungsassistent seit: .....
- Vorbereitungsassistentin/Vorbereitungsassistent seit: .....

Name, Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

- Gesellschafterin/Gesellschafter im MVZ seit: .....
- Vertragszahnärztin/Vertragszahnarzt mit eigener Zulassung im MVZ seit: .....
- Angestellte/Angestellter im MVZ seit: .....
- Zahnärztliche Leiterin/Zahnärztlicher Leiter im MVZ seit: .....
- Entlastungsassistentin/Entlastungsassistent seit: .....
- Vorbereitungsassistentin/Vorbereitungsassistent seit: .....

Name, Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

- Gesellschafterin/Gesellschafter im MVZ seit: .....
- Vertragszahnärztin/Vertragszahnarzt mit eigener Zulassung im MVZ seit: .....
- Angestellte/Angestellter im MVZ seit: .....
- Zahnärztliche Leiterin/Zahnärztlicher Leiter im MVZ seit: .....
- Entlastungsassistentin/Entlastungsassistent seit: .....
- Vorbereitungsassistentin/Vorbereitungsassistent seit: .....

Name, Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

- Gesellschafterin/Gesellschafter im MVZ seit: .....
- Vertragszahnärztin/Vertragszahnarzt mit eigener Zulassung im MVZ seit: .....
- Angestellte/Angestellter im MVZ seit: .....
- Zahnärztliche Leiterin/Zahnärztlicher Leiter im MVZ seit: .....
- Entlastungsassistentin/Entlastungsassistent seit: .....
- Vorbereitungsassistentin/Vorbereitungsassistent seit: .....

Name, Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

- Gesellschafterin/Gesellschafter im MVZ seit: .....
- Vertragszahnärztin/Vertragszahnarzt mit eigener Zulassung im MVZ seit: .....
- Angestellte/Angestellter im MVZ seit: .....
- Zahnärztliche Leiterin/Zahnärztlicher Leiter im MVZ seit: .....
- Entlastungsassistentin/Entlastungsassistent seit: .....
- Vorbereitungsassistentin/Vorbereitungsassistent seit: .....