

# Anleitung

Bitte senden Sie die **folgenden erforderlichen Dokumente gesammelt** an die Zahnärztekammer Berlin zurück:

- 1) Auf Seite 2 finden Sie ein Dokument, auf dem bitte **alle Zahnärzte** ihre Angaben zur Person und Privatanschrift leserlich in Blockschrift eintragen und das Dokument unterschreiben.
- 2) Ab Seite 3 finden Sie die Anlagen I, II und III für drei Zahnärztegruppen:
  - Sind Sie ein **selbstständiger Zahnarzt**, dann füllen Sie bitte die **Anlage I** aus.
  - Sind Sie ein **angestellter Zahnarzt**, dann füllen Sie bitte die **Anlage II** aus.
  - Sind Sie ein **Zahnarzt, der keine zahnärztliche Tätigkeit** ausübt, dann füllen Sie bitte die **Anlage III** aus.

**Bitte beachten Sie:** Sollten Sie mehrere Tätigkeiten ausüben – z. B. Zulassung an einem Standort, Anstellung an einem anderen – müssen alle Tätigkeiten angegeben werden.

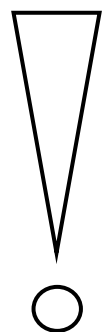
- 3) Wir benötigen von Ihnen noch die **Status-Bestätigung durch die Kassenzahnärztliche Vereinigung Berlin** (KZV Berlin). Diese erhalten alle Zahnärzte mit Kassenzulassung in den nächsten Tagen vorausgefüllt durch die KZV Berlin per Post. Bitte überprüfen Sie die Angaben, unterschreiben Sie die Status-Bestätigung und senden Sie das Dokument mit allen anderen Dokumenten gesammelt zurück.

Das Wichtigste in Kürze – wir benötigen von Ihnen:

- 1) das **Datenblatt** mit Ihren Angaben zur Person und Privatanschrift
- 2) die für Sie **entsprechende Anlage** (also entweder Anlage I und/oder Anlage II oder Anlage III)
- 3) die Status-Bestätigung der KZV Berlin

bis **23.11.2018** an die Zahnärztekammer Berlin zurück.

Als Scan oder Foto per **E-Mail** an [meldedaten@zaek-berlin.de](mailto:meldedaten@zaek-berlin.de)  
per **Post** an **Zahnärztekammer Berlin | Mitgliederverwaltung | Stallstraße 1 | 10585 Berlin**  
oder per **Fax** an **(030) 34 808 346**



Fax: (030) 34 808 346  
E-Mail: [meldedaten@zaek-berlin.de](mailto:meldedaten@zaek-berlin.de)

Zahnärztekammer Berlin  
Mitgliederverwaltung  
Stallstr. 1  
10585 Berlin

## Ihre Daten bei der Zahnärztekammer Berlin – für **alle Zahnärzte**

Angaben bitte in Blockschrift vornehmen. Alle Felder sind Pflichtfelder.

### Angabe zur Person und Privatanschrift

Name: \_\_\_\_\_  
Geburtsname: \_\_\_\_\_  
Vorname(n): \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_  
Privatanschrift Straße | Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ | Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon Festnetz: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_  
Fax: \_\_\_\_\_  
Private E-Mail: \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Daten.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

für **Selbstständige** bitte weiter mit **Anlage I** →  
für **Angestellte** bitte weiter mit **Anlage II** →  
für Zahnärzte **ohne zahnärztliche Tätigkeit** bitte weiter mit **Anlage III** →

Sollten Sie mehrere Tätigkeiten ausüben – z. B. Zulassung an einem Standort, Anstellung an einem anderen – müssen alle Tätigkeiten angegeben werden.

Anlage I für <b>selbstständige Zahnärzte</b>
--

Name: \_\_\_\_\_

Vorname(n): \_\_\_\_\_

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

Praxisanschrift Straße | Nummer: \_\_\_\_\_

PLZ | Ort: \_\_\_\_\_ Bezirk: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Praxis-E-Mail: \_\_\_\_\_

Fachrichtung: Oralchirurgie  KFO  MKG  ÖGW

Sonstige: \_\_\_\_\_

Niederlassung seit: \_\_\_\_\_

in Einzelpraxis seit: \_\_\_\_\_

in Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) mit: \_\_\_\_\_

in überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaft (ÜBAG) mit: \_\_\_\_\_

Bitte ankreuzen, an welchen Standorten Sie überwiegend tätig sind.

1. Standort: \_\_\_\_\_

2. Standort: \_\_\_\_\_

Adresse Hauptstandort: \_\_\_\_\_

in KZV-bezirksübergreifender überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaft (KÜBAG) mit: \_\_\_\_\_

Bitte ankreuzen, an welchen Standorten Sie überwiegend tätig sind.

1. Standort: \_\_\_\_\_

2. Standort: \_\_\_\_\_

Adresse Hauptstandort: \_\_\_\_\_

im Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) mit eigener Zulassung: \_\_\_\_\_

Sind Sie an mehreren Standorten tätig? Ja  Nein

1. Standort: \_\_\_\_\_

1. Standort: \_\_\_\_\_

in Praxisgemeinschaft (PG) mit: \_\_\_\_\_

in Privatpraxis (ggf. mit): \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Daten.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

KZV-Abrechnungstempel
-----------------------

Anlage II für alle angestellten, abhängig beschäftigten Zahnärzte
---

Name: \_\_\_\_\_

Vorname(n): \_\_\_\_\_

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

Angestellter Zahnarzt (nach § 32b ZÄ-ZV)

seit: \_\_\_\_\_ bei: \_\_\_\_\_

Bitte Genehmigung des Zulassungsausschusses beilegen.

Vorbereitungsassistent       Entlastungsassistent       Vertreter

seit: \_\_\_\_\_ bei: \_\_\_\_\_

Bitte Genehmigung der KZV Berlin beilegen.

Weiterbildungsassistent

seit: \_\_\_\_\_ bei: \_\_\_\_\_

Gebiet: \_\_\_\_\_

Angestellter/Beamter in Krankenhaus, Uniklinik, Bundeswehr, ÖGD etc.

seit: \_\_\_\_\_ bei: \_\_\_\_\_

Bitte Bestätigung vom Arbeitsgeber beilegen.

Sonstige

seit: \_\_\_\_\_ bei: \_\_\_\_\_

Ich bin an mehreren Standorten tätig.

Ich bin in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) angestellt.

MVZ-Name: \_\_\_\_\_

MVZ-Standort: \_\_\_\_\_

Ich bin als **zahnärztlicher Leiter** eines MVZ-Standortes angestellt.

MVZ-Standort: \_\_\_\_\_

Ich bin zur eigenen Liquidation berechtigt.

Ich habe weitere Nebeneinkünfte aus zahnärztlicher Tätigkeit.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Daten.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Anlage III für Zahnärzte ohne zahnärztliche Tätigkeit
---

Name: \_\_\_\_\_

Vorname(n): \_\_\_\_\_

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

vorübergehend ohne zahnärztliche Tätigkeit

seit: \_\_\_\_\_ voraussichtlich bis: \_\_\_\_\_

dauerhaft ohne zahnärztliche Tätigkeit

seit: \_\_\_\_\_

Ich bin Mitglied in/bei

Versorgungswerk der Zahnärztekammer Berlin

Deutsche Rentenversicherung (Bund)

andere: \_\_\_\_\_

keine

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Daten.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift