

**Zulassungsausschuss  
Zahnärzte/Krankenkassen**

Geschäftsstelle, Universitätsallee 25, 28359 Bremen

---

**Antrag auf Zulassung zur Teilnahme an der  
vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung als Medizinisches  
Versorgungszentrum**

für den Planungsbereich

**Bremen**

- 1/1 Mitte / Nord
- 1/2 Süd / Ost

**Bremerhaven**

- 1/3 Bremerhaven

**Antragsteller bzw. Gründer des MVZ's**

1. Titel, Name, Vorname:

.....

Anschrift:

.....

Telefonnummer:

.....

Faxnummer:

.....

Email:

.....

Gründerstatus<sup>1</sup>

.....

---

<sup>1</sup> Als Gründer kommen in Betracht: Vertragsärzte/ –psychotherapeuten u. –zahnärzte, ermächtigte Ärzte/Psychotherapeuten/Zahnärzte/Einrichtungen u. deren Träger, Krankenhausträger, Vorsorge- u. Rehabilitationseinrichtungen, Heilmittelerbringer, Hilfsmittelerbringer, Apotheken, Leistungserbringer nach §§ 132 a, b, c Abs. 1 SGB V

## **Angaben zum Medizinischen Versorgungszentrum**

1. Name des MVZ:

.....

2. Anschrift:

.....

3. Organisationsform<sup>2</sup>:

.....

4. vertretene Fachgebiete:

.....

5. (Zahn)Ärztlicher Leiter<sup>3</sup>:

.....

6. Zulassung beantragt ab:

.....

7. Für das Fachgebiet (z.B. KFO/ MKG oder ZE):

.....

## **Ausübung der vertrags(zahn)ärztlichen Tätigkeit im o.g. MVZ durch folgenden (zahn)ärztlichen Leiter**

1. Titel, Name, Vorname (zahnärztlicher oder ärztlicher Leiter):

.....

Anschrift:

.....

Telefon:

.....

Email:

.....

---

<sup>2</sup> nach § 95 Abs. 1 S. 3 SGB V ist jede Organisationsform zulässig;

<sup>3</sup> der (zahn)ärztliche Leiter ist verantwortlich für die Einhaltung der vertragsärztlichen Pflichten; sofern ausschließlich Vertragszahnärzte das MVZ gründen und die vertragszahnärztliche Tätigkeit für das MVZ ausüben, ist die Angabe eines Ärztlichen Leiters entbehrlich

**Diesem Antrag sind folgende Unterlagen im Original oder als amtlich beglaubigte Fotokopie beizufügen:**

- Gesellschaftsvertrag in der aktuellen Fassung
- ggf. Partnerschaftsregisterauszug,
- Handelsregisterauszug
- Selbstschuldnerische Bürgschaftserklärung oder andere Sicherheitsleistungen nach § 232 des Bürgerlichen Gesetzbuches
- Anlage 1: Übersicht der benötigten Unterlagen für eine Anstellung eines angestellten Zahnarztes
- Anlage 2-6: Formulare für eine Anstellung eines angestellten Zahnarztes

Gemäß § 46 Abs. 1 b Zahnärzte-ZV ist mit jedem Zulassungsantrag eine **Gebühr** von **Euro 100,00** zu entrichten, die Sie bitte auf die folgende Bankverbindung:  
IBAN DE97300606010001167359 (BIC: DAAEDEDXXX)  
der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bremen bei der Apotheker- und Ärztebank überweisen.

Als Gründer des o.g. Medizinischen Versorgungszentrums, versichere ich die Richtigkeit der in diesem Antrag enthaltenen Angaben:

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift/Stempel

**Fax: (0421) 22 00 731**

Kassenzahnärztliche Vereinigung • Universitätsallee 25 • 28359 Bremen

## **Erklärung zur Aufnahme der vertrags(zahn)ärztlichen Tätigkeit als Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)**

Diese Erklärung bitte **spätestens 1 Woche vor Aufnahme** der KZV i. L. Bremen faxen.

Am \_\_\_\_\_ wird das MVZ die vertrags(zahn)ärztliche Tätigkeit aufnehmen als:

\_\_\_\_\_  
(Name des MVZ)

### **Die MVZ-Adresse lautet:**

\_\_\_\_\_  
(Straße/Postleitzahl/Ort)

\_\_\_\_\_  
(Telefon)

\_\_\_\_\_  
(Telefax)

\_\_\_\_\_  
(Rollstuhlgerechte Praxis    Ja    Nein)

\_\_\_\_\_  
(Hinweise Parkplätze)

\_\_\_\_\_  
(Homepage)

\_\_\_\_\_  
(E-mail)

**Für die Angabe der Bankverbindung für Zahlungen der KZV i. L. Bremen an das MVZ verwenden Sie bitte die nachfolgende Seite:**

**Bitte teilen Sie künftige Änderungen umgehend der KZV i. L. Bremen mit.**

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(MVZ-Stempel/Unterschrift)

## Erklärung zur Bankverbindung:

MVZ/ Absender / Stempel:

Kassenzahnärztliche Vereinigung Bremen  
- Rechnungswesen / Herr Thalmann -  
Universitätsallee 25  
**28359 Bremen**

Unsere gemeinsame Bankverbindung lautet:

Geldinstitut: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

Bremen/Bremerhaven, den \_\_\_\_\_ Datum:

Unterschriften: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(Absender / Praxisstempel)

Kassenzahnärztliche Vereinigung  
z.Hd. Buchhaltung  
„Haus der Zahnärzte“  
Universitätsallee 25

Telefax: 0421 / 2 20 07 31

28359 Bremen

## **Erklärung zur papierlosen Übermittlung von Abrechnungsunterlagen und Honorar- sowie Punktekontoauszügen**

Gemäß § 1 Ziff. 7 der Beitragsordnung wird für die Übersendung von Abrechnungsunterlagen und Honorar- sowie Punktekontoauszügen per Post gemäß Beschluss der Vertreterversammlung vom 24.10.2018 ab 2019 ein Aufschlag auf die berechneten Verwaltungskosten in Höhe von 10 % erhoben.

Ich/wir bin/sind bis auf schriftlichen Widerruf damit einverstanden, meine/unsere Abrechnungsunterlagen und Honorar- sowie Punktekontoauszüge per Online-Abruf abzufordern und verzichte/n auf die Übersendung dieser Unterlagen per Post mit sofortiger Wirkung.

Bitte senden Sie Benachrichtigungen über neu eingestellte Online-Abrechnungsdaten an folgende E-Mail-Adresse:

\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

.....  
Name in BLOCKSCHRIFT

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift(en)

Absender:

Bremen, den \_\_\_\_\_

An die  
Kassenzahnärztliche Vereinigung  
im Lande Bremen  
Finanzabteilung  
Universitätsallee 25

28359 Bremen

### **Antrag auf Übernahme der Abschlagszahlung**

Sehr geehrte Damen und Herren,

auf Grund

der Übernahme der Praxis mit der Abrechnungsnummer \_\_\_\_\_ zum  
\_\_\_\_\_ beantrage/-n ich/wir die Übernahme der Abschlagszahlung des  
Praxisübergebers unter Berücksichtigung einer ggf. abweichenden Zahl von Behandlern.

der Neugründung/Änderung der Zusammensetzung der Berufsgemeinschaft zum \_\_\_\_\_  
beantrage/-n ich/wir die Übernahme meines/unseres Anteils an der Gesamtabchlagszahlung  
meiner/unserer vorherigen Praxis mit der Abrechnungsnummer \_\_\_\_\_.

Mit freundlichem Gruß

---

*(Unterschriften aller zugelassenen Mitglieder der neu gegründeten Praxis)*

Absender:

Bremen, den \_\_\_\_\_

An die  
Kassenzahnärztliche Vereinigung  
im Lande Bremen  
Finanzabteilung  
Universitätsallee 25

28359 Bremen

### **Antrag auf Aufteilung der Abschlagszahlung**

Sehr geehrte Damen und Herren,

auf Grund der Änderung der Zusammensetzung der Berufsausübungsgemeinschaft zum  
\_\_\_\_\_ bitten wir um Aufteilung der Anteile an der Abschlagszahlung wie folgt:

\_\_\_\_\_ % der monatl. Abschlagszahlung  
(ausscheidender Partner)

\_\_\_\_\_ % der monatl. Abschlagszahlung  
(evtl. weiterer ausscheidender Partner)

In der Praxis verbleibender Anteil \_\_\_\_\_ % der monatl. Abschlagszahlung

Mit freundlichem Gruß

---

*(Unterschriften aller zugelassenen Mitglieder der ehemaligen Praxis)*



Absender:

Bremen, den \_\_\_\_\_

An die  
Kassenzahnärztliche Vereinigung  
im Lande Bremen  
Finanzabteilung  
Universitätsallee 25

28359 Bremen

Sehr geehrte Damen und Herren,

auf Grund des Wechsels unserer Abrechnungsnummer zum \_\_\_\_\_ bitten wir um die Fortschreibung der HVM-Überschreitungen bzw -Unterschreitungen von unserer bisherigen Abrechnungsnummer auf unsere neue Abrechnungsnummer sowie um die Zusammenfassung der Degressionsgrenzen für beide Praxen.

Außerdem teilen wir Ihnen mit, dass unsere neue Praxis unter der Abr.-Nr. \_\_\_\_\_ für alle Forderungen gegenüber der vorherigen Praxis unter der Abr.-Nr. \_\_\_\_\_ aufkommt.

Mit freundlichem Gruß

---

*(Unterschriften aller zugelassenen Mitglieder der ehemaligen bzw. neu gegründeten Praxis)*

## **Abtretungserklärung**

Hiermit trete ich an die

Kassenzahnärztlichen Vereinigung im Lande Bremen (KZV Bremen)

Universitätsallee 25, 28359 Bremen

teilweise meine Honoraransprüche gegen die KZV Bremen im Rahmen der Genehmigung des Vorstandes gem. § 5 Abs. 8 der Satzung der KZV Bremen ab. (Teilabtretung von Honoraransprüchen zur Befriedigung meiner Verbindlichkeiten durch die KZV Bremen).

.....  
Vor- und Nachname (in Blockbuchstabe)

.....  
Ort/ Datum

.....  
Unterschrift