

ANTRAG AUF GENEHMIGUNG ZUR BESCHÄFTIGUNG EINES ASSISTENTEN MIT BERUFSERLAUBNIS



KZV Berlin  
Abt. Zulassung  
Georg-Wilhelm-Str. 16  
10711 Berlin

E-Mail: [zulassung@kzv-berlin.de](mailto:zulassung@kzv-berlin.de)  
Fax: 030 89004-46353

KZV-Abrechnungsstempel

Hiermit beantrage ich die Genehmigung zur Beschäftigung eines Assistenten mit Berufserlaubnis.

Beschäftigungsdauer vom \_\_\_\_\_ bis zum \_\_\_\_\_

wöchentliche Arbeitszeit \_\_\_\_\_ Stunden

Wem wird der Assistent zugeordnet? \_\_\_\_\_

Unterschrift des Zahnarztes, dem der Assistent zugeordnet ist: \_\_\_\_\_

**Angaben zum Assistenten**

Titel und Nachname \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Postleitzahl und Ort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort/Geburtsland \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Berufserlaubnis vom \_\_\_\_\_ (Kopie beifügen!)

Promotion vom \_\_\_\_\_ (Kopie beifügen!)

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Handlungsbevollmächtigte/r im MVZ