



## SELBSTÄNDIGE BEHANDELNDE (KURATIVE) TÄTIGKEIT

### Praxissitz

PLZ/ Ort: .....	Straße: .....
Telefon: .....	Telefax: .....
E-Mail: .....	Homepage: .....
Niedergelassen am Praxissitz seit .....	
Vertragszahnärztliche Zulassung bei der KZV .....	
Zulassung seit .....	
Zulassungsart (z. B. für das Fachgebiet KFO) .....	
Praxis <b>nur</b> für Privatpatienten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besteht eigene Röntgeneinrichtung vor Ort?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besteht ein zahnärztliches Praxislabor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bestehende Praxisform:	
<input type="checkbox"/> Berufsausübungsgemeinschaft seit .....	mit .....
<input type="checkbox"/> Teilberufsausübungsgemeinschaft seit .....	mit .....
<input type="checkbox"/> Partnerschaftsgesellschaft seit .....	mit .....
<input type="checkbox"/> Medizinisches Versorgungszentrum seit .....	Name .....
<input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft seit .....	mit .....
<input type="checkbox"/> Gerätegemeinschaft seit .....	mit .....
für .....	.....

### Keine Berufsausübung

<input type="checkbox"/> Keine Berufsausübung seit .....	Grund ( <i>freiwillige Angabe</i> ):
	.....

Datum

Unterschrift