

Geschäftsstelle Zulassungsausschuss bei der  
Kassenzahnärztlichen Vereinigung Hessen  
Lyoner Str. 21  
60528 Frankfurt/M.  
Abteilung VZD  
Telefon 069/6607-392 + 385  
Telefax 069/6607-374  
zulassungsausschuss@kzv.de

Eingang Geschäftsstelle

## Antrag auf Ruhen meiner Zulassung

### Antragsteller/-in

Abrechnungsnummer: .....  
Name/Vorname/Titel: .....  
Praxisanschrift: .....  
Privatanschrift: .....  
Telefon privat: .....  
E-Mail privat: .....

Ich beantrage das Ruhen/die Verlängerung des Ruhens meiner Zulassung ab dem .....  
bis voraussichtlich zum ..... für meinen oben genannten Vertragszahnarztstz.

### Begründung:

- Krankheit (ärztliches Attest liegt bei)
- auf der Suche nach neuen Praxisräumen
- Mutterschafts- bzw. Erziehungszeit (Nachweis liegt bei)
- Sonstige Gründe .....

.....  
Mir ist bekannt, dass ich das vom Zulassungsausschuss genehmigte Ruhen jederzeit unterbrechen und meine vertragszahnärztliche Tätigkeit wiederaufnehmen kann. In diesem Fall werde ich die Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses darüber vorab schriftlich unterrichten.

**Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die Antragsgebühr gem. § 46 Abs. 1c Zahnärzte-ZV in Höhe von 120,00 € vom Honorarkonto der Praxis abgebucht wird.**

.....  
Ort/Datum

.....  
Unterschrift/Stempel