

Antrag auf Genehmigung zur Beschäftigung einer Assistentin / eines Assistenten

Gemäß § 32 der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte in der aktuellen Fassung beantrage ich hiermit die Genehmigung zur Beschäftigung eines/r Assistenten/in als

- ☐ * **Ausbildungs- / Vorbereitungsassistent/in**
(mit beglaubigter Approbationsurkunde und ggf. Aufstellung über bereits absolvierte Vorbereitungsassistenzenzeiten unter Angabe des jeweiligen Beschäftigungsumfangs)
- ☐ * **Weiterbildungsassistent/in**
(mit beglaubigter Approbationsurkunde und unter Vorlage der Weiterbildungsermächtigung)
- ☐ * **Entlastungsassistent/in**
(mit beglaubigter Approbationsurkunde und der Begründung der Antragstellung)
- ☐ * **Assistent/in mit Berufserlaubnis gem. § 13 Abs. 1 und 2 Zahnheilkundengesetz (ZHG)**
(mit beglaubigter Kopie der Berufserlaubnis)

für die Zeit vom _____ bis _____ in meiner Praxis.

Beschäftigungsumfang*: Wochenstunden: _____ ☐ Vollzeit ☐ Teilzeit

(*Zutreffendes bitte ankreuzen)

Die Antragstellung erfolgt unter Vorlage der **Kopie des Arbeitsvertrages**.

Personalien des/r Assistenten/in:

Titel/Vorname/Familiennamen: _____

Geburtsdatum: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Privatanschrift: _____

Nur auszufüllen bei einem zahnmedizinischen Studium im Ausland:

Staat: _____ Lehrereinrichtung/Universität: _____

Examen am: _____ ggf. Gleichwertigkeitsprüfung abgelegt am: _____

Antragsteller/ Praxisinhaber: _____
(Name und Abrechnungsnummer)

Beschäftigung weiterer Assistenten oder angestellter Zahnärzte:

Titel/Vorname/Familiennamen: _____

Titel/Vorname/Familiennamen: _____

Ort und Datum

Unterschrift

Einverständniserklärung zur Weitergabe von Zulassungs-, Niederlassungs- und Tätigkeitsdaten an die Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt

Abs.:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt vom Zulassungsausschuss gefasste Beschlüsse (z.B. zur Zulassung, zur Beendigung der Zulassung, zur Verlegung des Praxissitzes, zur Beendigung von Berufsausübungs-gemeinschaften, zur Genehmigung der Beschäftigung von angestellten Zahnärzten bzw. deren Beendigung) an die Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt übermittelt.

Des Weiteren erkläre ich mein Einverständnis, dass vom Vorstand der KZV erteilte Genehmigungen (z.B. für Zweigpraxen, die Beschäftigung von Assistenten oder Vertretern) sowie Mitteilungen zu Unterbrechungen von Tätigkeiten (z.B. wegen Schwangerschaft, Elternzeit oder sonstigen Gründen) und Beendigungen von Tätigkeiten, sowie Änderungen persönliche Daten (z.B. Namensänderungen, Änderung der Privatadresse, Titel) an die Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt übermittelt werden.

Bitte beachten Sie: Diese Einverständniserklärung ersetzt nicht Ihre persönliche Pflicht, die Zahnärztekammer unmittelbar selbst über die o. g. Sachverhalte zu informieren.

Ort und Datum

Unterschrift

Beiblatt zum Antrag auf Genehmigung der Beschäftigung einer Assistentin / eines Assistenten

Freiwillige Einwilligung zur Nutzung von Kontaktdaten für ergänzende Informationsangebote der KZV-Sachsen-Anhalt

Im Rahmen des Antragsverfahrens auf Genehmigung der Beschäftigung einer Assistentin bzw. eines Assistenten erhebt die Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt (KZV-Sachsen-Anhalt) personenbezogene Daten.

Bestimmte Informationen und Angebote der KZV-Sachsen-Anhalt gehen über die gesetzlich erforderliche Kommunikation hinaus und setzen eine freiwillige Einwilligung voraus.

1. Kontaktdaten der Assistentin / des Assistenten

Name, Vorname: _____

E-Mail-Adresse: _____

Telefonnummer: _____

2. Einwilligungserklärung

Ich willige ein, dass die Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt die von mir angegebenen Kontaktdaten verwendet, um mich über ergänzende, freiwillige Angebote der KZV-Sachsen-Anhalt zu informieren.

Hierzu zählen insbesondere Hinweise auf Veranstaltungen, Fortbildungen, Treffen sowie sonstige Service- und Informationsangebote, die über die gesetzlich erforderliche Kommunikation im Rahmen des Genehmigungsverfahrens hinausgehen.

Die Einwilligung erfolgt freiwillig und ist **keine Voraussetzung** für die Genehmigung der Beschäftigung oder die Ausübung meiner Tätigkeit als Assistentin bzw. Assistent.

Ich kann diese Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Aus dem Widerruf entstehen mir keine Nachteile.

3. Art der Kontaktaufnahme (bitte ankreuzen)

- ☐ E-Mail
 - ☐ Telefon
 - ☐ Information über Veranstaltungen und Treffen der KZV Sachsen-Anhalt
 - ☐ Information über Service- und Informationsangebote der KZV-Sachsen-Anhalt
-

Ort, Datum

Unterschrift der Assistentin / des Assistenten

Information der betroffenen Person bei der Direkterhebung von personenbezogenen Daten (Art. 13 DS-GVO)

Verantwortlicher:

Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt – KZV-LSA
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Doctor Eisenbart Ring 1
39120 Magdeburg (Deutschland)

Datenschutzbeauftragter:

Datenschutzbeauftragter der KZV-LSA
Tel: 0391 6293-195
E-Mail: datenschutz@kzv-lsa.de

Angaben zur Verarbeitungstätigkeit:

Zwecke der Verarbeitungstätigkeit:

Die KZV Sachsen-Anhalt erhebt, verarbeitet und nutzt im Rahmen der ihr vom Gesetzgeber übertragenen Aufgaben, insbesondere auf der Grundlage des § 294 SGB V sowie §§ 295, 296, 298, 299 SGB V, Daten für folgende Zwecke:

- Führung des Zahnarztregisters (§ 95 SGB V)
- Zulassungsdaten
- Sicherstellung und Vergütung der vertragszahnärztlichen Versorgung einschließlich der Überprüfung der Zulässigkeit und Richtigkeit der Abrechnung
- Durchführung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen (§ 106 bis § 106c SGB V)
- Durchführung von Qualitätsprüfungen und Förderung der Qualität in der zahnmedizinischen Versorgung (§ 135b SGB V)
- Bedarfsplan

Daneben werden die personenbezogenen Daten zur satzungsgemäßen Aufgabenerfüllung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung als Selbstverwaltungsorgan der Leistungserbringer der vertragszahnärztlichen Versorgung verarbeitet, hierzu gehören insbesondere die Vorbereitung und Durchführung von Wahlen, die Bildung von Gremien und deren Tätigkeiten (z.B. Vertreterversammlung, Fachausschüsse, Widerspruchsausschüsse etc.), Disziplinarangelegenheiten und Rechtsstreitigkeiten.

Des Weiteren erfolgt eine Verarbeitung der personenbezogenen Daten um zusätzliche, freiwillig nutzbare Dienstleistungen anzubieten. Dazu gehören insbesondere die Dienste, welche über das KZV-Portal zu erreichen sind, z.B. KZV- Kommunikationssystem, der Praxislotse, die Praxisbörse, Seminaranmeldung, Kleinanzeigen, sowie die Nutzung des WhatsApp-Services.

Zusätzlich erfolgt eine Übermittlung Ihrer Daten an die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung aufgrund rechtlicher Pflichten oder vertraglicher Vereinbarungen u.a. für das Bundeszahnarztregister und die Tätigkeit der Terminservicestellen sowie an das Zentralinstitut der kassenärztlichen Versorgung zur Durchführung von Forschungsvorhaben in der vertragszahnärztlichen Versorgung. Die Forschungsergebnisse finden dabei u.a. Eingang in Honorarverhandlungen mit den Krankenkassen. Die übermittelten Daten werden dabei frühestmöglich pseudonymisiert.

Im konkreten Einzelfall erfolgt eine Datenübermittlung an andere Sozialleistungsträger und Justizbehörden aufgrund einer Übermittlungsbefugnis gem. dem 2. Kapitel des SGB X, dies kann insbesondere wegen Anfragen von Renten- und Unfallversicherungen sowie Berufsgenossenschaften oder aufgrund von Ermittlungsverfahren sein.

Für die vorgenannten Zwecke werden die nachfolgenden Datenkategorien verarbeitet:

- Personenstammdaten (Name, Adresse, Telefonnummer, E-Mail-Adresse etc.)
- Qualifikationsmerkmale
- Abrechnungsdaten
- Gesundheitsdaten
- Bankdaten
- Steuerdaten

Rechtsgrundlage der Verarbeitungstätigkeit:

Die vorgenannten Verarbeitungszwecke erfolgen gem. Art. 6 Abs. 1 lit c DSGVO i.V.m. den oben genannten Vorschriften zur Erfüllung rechtlicher Verpflichtungen.

Für die Verarbeitungszwecke, welche - wie oben beschrieben - eine Einwilligung gem. Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO voraussetzen, werden Sie vor Beginn der Verarbeitungstätigkeit zur Einwilligung aufgefordert. Die Anforderungen an die Einwilligung gem. Art. 7 Abs. 1-4 DSGVO werden dabei erfüllt.

Kategorien von Empfängern:

Andere Kassenzahnärztliche Vereinigungen, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, Sozialleistungsträger (Rentenversicherungen, Unfallversicherungen, Sozialämter etc.), Zahnärztekammern, Justizbehörden.

Auftragnehmer (Auftragsverarbeiter):

Zentralinstitut für kassenärztliche Versorgung

Datentransfer in ein Drittland:

Es liegt keine geplante Übermittlung in Drittstaaten vor.

Zusätzliche Informationspflichten:

Speicherdauer der personenbezogenen Daten:

Die im Zusammenhang mit den oben genannten Verarbeitungstätigkeiten anfallenden Daten werden gelöscht, nachdem die Speicherung für eine rechtmäßige Erfüllung der der KZV obliegenden Aufgaben nicht mehr erforderlich ist, oder die Verarbeitung wird eingeschränkt, wenn gesetzliche Aufbewahrungspflichten bestehen. Gemäß § 304 SGB V i.V.m. § 84 Abs. 2 SGB X erfolgt eine Löschung von personenbezogenen Daten nach spätestens zehn Jahren.

Rechte der betroffenen Person:

Sie haben ein Recht auf Auskunft (gem. Art. 15 DSGVO) seitens des Verantwortlichen über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten sowie auf Berichtigung (Art. 16 DSGVO), Löschung (Art. 17 DSGVO) und auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 Abs. 1 DSGVO). Des Weiteren haben Sie ein Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung (Art. 21 DSGVO) sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO).

Soweit die Datenverarbeitung auf einer Einwilligung beruht, haben Sie das Recht, Ihre Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen.

Möchten Sie von Ihren Rechten Gebrauch machen, wenden Sie sich bitte an den oben genannten Datenschutzbeauftragten bzw. an den Ihnen ggf. bekannten Ansprechpartner.

Beschwerderecht:

Sie haben ein Recht auf Beschwerde, bei der zuständigen Aufsichtsbehörde:

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz Sachsen-Anhalt
Leiterstraße 9
39104 Magdeburg
Tel.: 0391-81 80 3-0
Fax.: 0391-81 80 3-33
E-Mail: poststelle@lfd.sachsen-anhalt.de
Internet: www.datenschutz.sachsen-anhalt.de

Pflicht zur Bereitstellung der personenbezogenen Daten:

Die Bereitstellung der personenbezogenen Daten, insbesondere der Gesundheitsdaten und erbrachten Leistungen ist sowohl gesetzlich (Kapitel IV SGB V, Zulassungs-verordnung- Zahnärzte) als auch vertraglich (Bundesmantelvertrag) vorgeschrieben. Der an der vertragszahnärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer ist verpflichtet, diese Daten bereitzustellen. Eine Nichtbereitstellung hätte u.a. zur Folge, dass eine Honorierung der zur Abrechnung gebrachten Leistungen nicht erfolgen könnte.

Hinweis:

Weitere Informationen dazu, welche Daten - speziell auf unserer Webseite - erhoben und verarbeitet werden, erhalten Sie unter folgendem Link:

<https://www.kzv-lsa.de/die-kzv/datenschutzerklaerung.html>