

# Antrag auf Ruhen der vertragszahnärztlichen Tätigkeit

Zulassungsausschuss für Zahnärzte  
- Südbayern -  
Fallstraße 34  
81369 München

Bei Fragen rufen Sie uns gerne an:

Tel.: 089 / 7 24 01-511  
-507  
-596  
-510

Ich \_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
derzeitige Erreichbarkeit bzw. aktuelle Adresse

\_\_\_\_\_  
E-Mail, Telefon

beantrage das **Ruhen** / die **Verlängerung des Ruhens** meiner vertragszahnärztlichen Tätigkeit ab dem \_\_\_\_\_ bis voraussichtlich zum \_\_\_\_\_

in \_\_\_\_\_  
Praxisadresse

## Begründung:

- Krankheit (Attest erforderlich)
- Fortbildung (Nachweis erforderlich)
- Mutterschafts- bzw. Erziehungsurlaub (Nachweis erforderlich)
- Neuorientierung; Begründung: \_\_\_\_\_
- Sonstige Gründe: \_\_\_\_\_

Mir ist bekannt, dass ich die vom Zulassungsausschuss genehmigte Ruhenszeit jederzeit unterbrechen oder beenden und meine vertragszahnärztliche Tätigkeit wiederaufnehmen kann, und werde dies vorab rechtzeitig schriftlich mitteilen. Ich setze mich mind. 5 Wochen vor Ablauf des Ruhens mit dem Zulassungsausschuss in Verbindung.

Die Gebühr in Höhe von **120 Euro** gem. § 46 Abs. 1 lit. c Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte wurde am \_\_\_\_\_ auf das Konto des Zulassungsausschusses für Zahnärzte - Südbayern - bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank München IBAN **DE14 3006 0601 0601 1261 72** | BIC **DAAEDEDXXX** überwiesen.

**E-Mail-Adresse des Antragsstellers:** \_\_\_\_\_ **für**  
**evtl. Rückfragen im Zusammenhang mit dem Antrag. Diese erfolgen ausschließlich per E-Mail.**

ABE-Praxisstempel:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift