

- Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses -

## Verzichtserklärung

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Praxisanschrift: \_\_\_\_\_

Abrechnungsnummer: \_\_\_\_\_

**Hiermit verzichte ich gemäß § 95 Abs. 7 SGB V in Verbindung mit § 28 Abs. 1 der Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte auf meine Zulassung zur vertragszahnärztlichen Tätigkeit.**

Ich möchte meine Zulassung am \_\_\_\_\_ beenden.  
(in der Regel zum Quartalsende)

Grund: \_\_\_\_\_

**Wohnsitz nach Beendigung der Zulassung:**

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

ggf. Telefon/ E-Mail: \_\_\_\_\_

**Zutreffendes bitte ankreuzen!:**

Meine Praxis gebe ich auf.

Meine Praxis soll weitergeführt werden.

**Meine Praxis soll übernommen werden von** \_\_\_\_\_

(Für den Fall der Nichtzulassung des von mir oben namentlich benannten Praxisnachfolgers behalte ich mir ausdrücklich den Widerruf dieser Verzichtserklärung vor, da die vertragszahnärztliche Versorgung der Patienten in meiner Praxis auch weiterhin gewährleistet sein soll.)

**Die Ü(BAG) / Praxisgemeinschaft mit** \_\_\_\_\_  
soll zum selben Zeitpunkt aufgelöst werden.

**Meine Patienten sind/werden über die Beendigung meiner vertragszahnärztlichen Tätigkeit informiert.**

**Erklärung:**

Mir ist bekannt, dass diese Verzichtserklärung eine einseitige, empfangsbedürftige Willenserklärung ist, die keiner Annahme bedarf. Sie wird mit dem Zugang bei der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses, frühestens zu dem von mir angegebenen Datum wirksam.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift und ggf. Abrechnungsstempel

**Hinweis zur Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte (ZÄ-ZV) /**

Erläuterung zu § 28 Abs. 1 und 2 ZÄ-ZV:

Der **Verzicht auf die Zulassung wird mit dem Ende des auf den Zugang der Verzichtserklärung** des Vertragszahnarztes beim Zulassungsausschuss **folgenden Kalendervierteljahres wirksam**. (z.B. Zugang Verzicht bis 31.12. / Ende Zulassung am 31.03.) Der Zulassungsausschuss stellt dann den Verzicht auf die Zulassung fest.

Diese Frist kann verkürzt werden, wenn der Vertragszahnarzt nachweist, dass für ihn die weitere Ausübung der vertragszahnärztlichen Tätigkeit für die gesamte Dauer oder einen Teil der Frist unzumutbar ist. Im Falle der Fristverkürzung / Fristverlängerung handelt es sich um die gebührenpflichtige Beantragung der Beendigung der Zulassung. In diesem Fall hat der Zulassungsausschuss in einem Beschluss den Zeitpunkt der Beendigung der Zulassung festzulegen

## 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 Berufsausübungsgemeinschaften, 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.

Diese Einverständniserklärung ersetzt nicht Ihre **persönliche Pflicht**, die Zahnärztekammer unmittelbar selbst über die o. g. Sachverhalte zu informieren.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

## 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. Vertreter-versammlung, 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 DS-GVO voraussetzen, werden Sie vor Beginn der Verarbeitungstätigkeit zur Einwilligung aufgefordert. Die Anforderungen an die Einwilligung gem. Art. 7 Abs. 1-4 DS-GVO 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 DS-GVO) seitens des Verantwortlichen über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten sowie auf Berichtigung (Art. 16 DS-GVO), Löschung (Art. 17 DS-GVO) und auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 17 Abs. 1 DS-GVO). Des Weiteren haben Sie ein Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung (Art. 21 DS-GVO) sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DS-GVO).

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:

Gemäß Art. 77 DS-GVO haben Sie das Recht, sich beim Landesbeauftragten für den Datenschutz Sachsen-Anhalt zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Sie betreffender personenbezogener Daten gegen die DS-GVO verstößt.

##### Pflicht zur Bereitstellung der personenbezogenen Daten:

Die Bereitstellung der personenbezogenen Daten, insbesondere der Gesundheitsdaten und erbrachten Leistungen ist sowohl gesetzlich (Kapitel IV SGB V, Zulassungsverordnung 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>