

A N M E L D U N G

Dieser Meldebogen dient zur Aufnahme der Stammdaten. Änderungen der Stammdaten sind unverzüglich schriftlich mitzuteilen. Das Formular füllen Sie bitte in Druckschrift aus.

1. Art des Zugangs / weitere Mitgliedschaften:		
<input type="checkbox"/> Neuaufnahme (Erstmitgliedschaft)		
Bitte ankreuzen, wenn Sie sich zum ersten Mal bei <u>einer</u> Zahnärztekammer anmelden.		
<input type="checkbox"/> Zugang aus dem Kammerbereich:		
Wenn Sie bereits Mitglied in einer anderen LZK oder ZBV waren, geben Sie bitte den Namen der Kammer o.ä. an.		
Abmeldung bei der bisher zuständigen Zahnärztekammer ist erfolgt:		
<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN		
2. Persönliche Angaben:		
Familienname:		Geburtsname:
Vorname:		Ehemaliger Name: (geschieden etc.)
Geburtsdatum:		Geburtsort und Land:
Staatsangehörigkeit:		Einbürgerung am:
Privatanschrift		
PLZ:	Wohnort:	Straße:
Tel.-Nr.:		Fax-Nr.:
Handy:	E-Mail-Adresse:	
Staatsexamen (letzter Prüfungstag)	Datum:	Ort:
Approbation	Datum:	Ort:
Promotion	Datum:	Ort:
Erlaubnis nach § 13 ZHG	Datum:	Ort:
<input type="checkbox"/> Weitere Approbation (z.B. Arzt)		
<input type="checkbox"/> Weitere Promotion (z.B. Arzt)		
Datum:		Ort:
Anerkennung als		
<input type="checkbox"/> Zahnarzt für Kiefer-orthopädie	<input type="checkbox"/> Zahnarzt für Oralchirurgie	<input type="checkbox"/> Zahnarzt, MKG-Chirurgie
Datum:		Ort:
-----Bitte wenden-----		

ANMELDUNG

beim Zahnärztlichen Bezirksverband Oberpfalz

3. Art und Umfang der Berufsausübung (bei Anstellung):		
<input type="checkbox"/> Teilzeit tätig	<input type="checkbox"/> Vollzeit tätig	
Vorbereitungsassistent/in seit/ab:		
Entlastungsassistent/in seit /ab:		
Weiterbildungsassistent-KFO seit/ab:		(auch an Kliniken)
Weiterbildungsassistent-Oralchirurgie seit/ab:		(auch an Kliniken)
Angestellter Zahnarzt seit/ab:		
Vertreter seit/ab:		
Arbeitgeber (Name, Anschrift):		
Sonstige Tätigkeit seit/ab:		
als:	bei:	
<input type="checkbox"/> derzeit nicht zahnärztlich tätig		
4. Art und Umfang der Berufsausübung (Selbstständig):		
Niedergelassen seit/ab		
<input type="checkbox"/> in freier Praxis		
<input type="checkbox"/> in Gemeinschaftspraxis mit:		
<input type="checkbox"/> in Praxisgemeinschaft mit:		
<input type="checkbox"/> in Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) mit:		
<input type="checkbox"/> ausschließlich ärztlich tätig		
<input type="checkbox"/> in einer Zweigpraxis		<input type="checkbox"/> in einer Zweitpraxis
<input type="checkbox"/> in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) mit:		
Praxisanschrift (nur bei eigener Praxis)		
PLZ:	Ort:	Straße:
Tel.-Nr.:		Fax-Nr.:
E-Mail-Adresse:		
Homepage:		
Zulassung seit:		durch den Zulassungsausschuss:
Zulassung zu _____ %		
-----Bitte wenden-----		

ANMELDUNG

beim Zahnärztlichen Bezirksverband Oberpfalz

Ich bin mit dem widerruflichen **Eintrag ins amtliche Zahnärzterverzeichnis** (Zahnarztsuche) des ZBV Oberpfalz bzw. der BLZK bei meiner **Niederlassung** einverstanden.

ja

nein

Hiermit gestatte ich widerruflich dem ZBV Oberpfalz oder der Bayerischen Landeszahnärztekammer meine **E-Mail-Adresse** zu verwenden.

Ich bin gegen eine Verwendung.

 **Sofern ich zahnärztlich tätig bin, bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich über die Pflicht des Abschlusses einer Berufshaftpflichtversicherung, nach § 3 Abs. 5 der Meldeordnung der Bayerischen Landeszahnärztekammer sowie nach Art. 18 Abs. 4 Satz 1 des Heilberufe-Kammergesetzes, informiert worden bin.** 

Ort, Datum

Unterschrift

HINWEIS:

Bitte beachten Sie, dass der ZBV Oberpfalz unverzüglich in Kenntnis zu setzen ist, wenn sich Änderungen (z.B. Wohnungsanschrift, Aufnahme und Beendigung einer Tätigkeit, Stellenwechsel, Promotion, Niederlassung usw.) ergeben.