

An die  
Landes Zahnärztekammer für NÖ  
Kremser Gasse 20  
3100 St. Pölten

**Eintragung in die Zahnärzteliste der Österreichischen Zahnärztekammer**

**Persönliche Daten:**

ID-Nr.	(bei Neuanmeldungen wird diese von LZÄK für NÖ vergeben)
Titel	
Vor- und Zuname	
Geb.Dat./SV Nr.	
Wohnsitz	Adresse: ..... PLZ, Ort:..... Telefon: ..... E-Mail-Adresse: .....
Postzustellung	Adresse: .....
Bisherige Eintragung	<input type="radio"/> Ersteintragung <input type="radio"/> niedergelassener Zahnarzt <input type="radio"/> angestellter Zahnarzt <input type="radio"/> Wohnsitzzahnarzt <input type="radio"/> ao. Kammermitglied

**Eintragung:**

<input type="checkbox"/> Wohnsitzzahnarzt (WSZA)	..... (Datum)	Ich ersuche gem. §29 Abs. 2 ZÄG um Eintragung als Wohnsitzzahnarzt/-ärztin in die Zahnärzteliste der Österreichischen Zahnärztekammer
Ergänzungen		
Wohnsitzzahnärzte/-innen sind Angehörige des zahnärztlichen Berufs, die ausschließlich solche wiederkehrenden zahnärztliche Tätigkeiten auszuüben beabsichtigen, die weder eine Ordinationsstätte erfordern, noch in einem Dienstverhältnis ausgeübt werden (zB Praxisvertretungen, §29 Abs. 1 ZÄG)		

<input type="checkbox"/> ao Mitglied	..... (Datum)	Gemäß §13 ZÄKG (Es wird darauf hingewiesen, dass Sie als außerordentliches Kammermitglied nicht berechtigt sind, zahnärztliche Tätigkeiten auszuüben.
--------------------------------------	------------------	---

<input type="checkbox"/> niedergel. Zahnarzt	<p>..... (Datum)</p> <input type="checkbox"/> Erstordination <input type="checkbox"/> Zweitordination  <input type="checkbox"/> Kassen <input type="checkbox"/> nur Privat	<p>Die in der Ordination angebotenen zahnärztlichen Leistungen („Schwerpunkte“) sind der LZÄK für NÖ mittels des ebenfalls auf der Homepage abrufbaren Formulars zu melden. Sofern im Zusammenhang mit der Eröffnung der Ordination sonstige Standesveränderungen verbunden sind, sind diese gemäß § 14 ZÄG unverzüglich der LZÄK für NÖ mit dem entsprechenden Formular zu melden.</p>
<b>Ordination</b>	Adresse: ..... PLZ, Ort: ..... Telefon/Fax: ..... Mobil: ..... E-Mail-Adresse: ..... Homepage: .....	
<b>Öffnungszeiten</b>	Montag ..... Dienstag ..... Mittwoch ..... Donnerstag ..... Freitag ..... Samstag ..... <input type="radio"/> nach telefonischer Vereinbarung	
<b>Zusätze</b>	<input type="checkbox"/> Aufzug <input type="checkbox"/> barrierefrei <input type="checkbox"/> ebenerdig <input type="checkbox"/> Parkplatz	

<input type="checkbox"/> angestellter Zahnarzt/ärztin	<p>.....      Anzahl der Wochenstunden: .....</p> <p><small>Datum</small></p>
<b>Dienstgeber</b>	Adresse: ..... Telefon/Fax ..... Mobil: ..... E-Mail-Adresse: ..... Homepage: .....

**Zahnärztliche Nebentätigkeit:**

<input type="radio"/> niedergelassener Zahnarzt	Adresse: .....
<input type="radio"/> angestellter Zahnarzt	.....

**Streichung:**

Ich möchte mich mit ..... aus der Zahnärzteliste der Österreichischen Zahnärztekammer streichen lassen
--

**Bewerberliste:**

JA

NEIN

Antrag auf Aufnahme in die Bewerberliste gemäß §3 der „Gemeinsamen Niederlassungsrichtlinien der Landes Zahnärztekammer für NÖ und der Österreichischen Gesundheitskasse“.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_