LANDES ZAHNÄRZTE KAMMER NIEDERÖSTERREICH

An die
Landeszahnärztekammer 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	○ Ersteintragung ○ niedergelassener Zahnarzt ○ angestellter Zahnarzt ○ Wohnsitzzahnarzt ○ ao. Kammermitglied

Eintragung:

☐ 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)		

☐ ao Mitglied	…….. (Datum)	Gemäß §13 ZÄKG (Es wird darauf hingewiesen, dass Sie als außerordentliches Kammermitglied nicht berechtigt sind, zahnärztliche Tätigkeiten auszuüben.

☐ niedergel. Zahnarzt	……..….. (Datum) ☐ Erstordination ☐ Zweitordination ☐ Kassen ☐ nur Privat	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.
Ordination	Adresse: …….. PLZ, Ort: …… Telefon/Fax: …… Mobil: …… E-Mail-Adresse: …… Homepage: ……..	
Öffnungszeiten	Montag ……..…… Dienstag ……..…… Mittwoch …….. Donnerstag ……..… Freitag ……..…… Samstag ……..…… O nach telefonischer Vereinbarung	
Zusätze	☐ Aufzug ☐ barrierefrei ☐ ebenerdig ☐ Parkplatz	

☐ angestellter Zahnarzt/ärztin	…… Datum Anzahl der Wochenstunden: ……
Dienstgeber	Adresse: …… Telefon/Fax ……..…….. Mobil: …… E-Mail-Adresse: …… Homepage: ……

Zahnärztliche Nebentätigkeit:

O niedergelassener Zahnarzt O angestellter Zahnarzt	Adresse: …… ……

Streichung:

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

Bewerberliste: **O JA** **O NEIN**

Antrag auf Aufnahme in die Bewerberliste gemäß §3 der „Gemeinsamen Niederlassungs-richtlinien der Landeszahnärztekammer für NÖ und der Österreichischen Gesundheitskasse“.

Datum: _____ Unterschrift: _____