

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> |
| Ordination | Adresse PLZ, Ort Telefon/Fax mob E-Mail-Adresse Homepage | |
| Öffnungszeiten | Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag Freitag Samstag <input type="radio"/> nach telefonischer Vereinbarung | |
| Zusätze | <input type="checkbox"/> Aufzug <input type="checkbox"/> barrierefrei <input type="checkbox"/> ebenerdig <input type="checkbox"/> Parkplatz | |

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

Zahnärztliche Nebentätigkeit: niedergelassener Zahnarzt

Adresse

 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 NÖ Gebietskrankenkasse“.

Vertretungszahnärzteliste: JA NEIN**KFO:** JA NEIN ausschließlich**Notdienstvertretungen:** JA NEIN

Ich bekunde meine Bereitschaft, eine Vertretung als Zahnarzt zu übernehmen und bin mit einer dementsprechenden Veröffentlichung in der NÖZZ bzw. auf der Homepage der Landes Zahnärztekammer für NÖ einverstanden. Nach vier Monaten wird der Eintrag automatisch aus der Liste gestrichen, sofern meinerseits keine neuerliche Meldung über die Bereitschaft zur Vertretung erfolgt.

| Industrieviertel | Mostviertel | Waldviertel | Weinviertel | Zentralraum |
|------------------|-------------|---------------|-------------|----------------|
| Baden | Amstetten | Gmünd | Gänserndorf | Klosterneuburg |
| Bruck/Leitha | Melk | Horn | Hollabrunn | Lilienfeld |
| Mödling | Scheibbs | Krems | Korneuburg | Purkersdorf |
| Neunkirchen | | Waidhofen/Th. | Mistelbach | St. Pölten |
| Schwechat | | Zwettl | | Tulln |
| Wr. Neustadt | | | | |

An folgenden Tagen ist eine Vertretung möglich: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____