

Landeszahnärztekammer für

SachbearbeiterIn:

## Anmeldung

Zur Eintragung in die Zahnärzteliste gem. § 12 des Zahnärztegesetzes

Familienname:		Universität / Hochschule:	
Geburtsname:		Akademischer Grad:	
Vorname:		Nachweis der abgeschlossenen zahnmedizinischen oder partiellen Berufszugang entsprechende Hochschulausbildung	
Geschlecht:	m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/>		
Geburtsdatum:		bei Absolvierung d. Studiums außerhalb d. EWR	
Geburtsort:		Nostrifizierungsdatum:	
Geburtsland:		Universität / Hochschule:	
Staatsangehörigkeit:		Berufserfahrung: ja <input type="checkbox"/> seit:	
seit:		nein <input type="checkbox"/>	
Flüchtlingsausweis	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	<b>Berufssitz / Dienort / Wohnsitz</b>	
Gesundheitsattest vorgelegt	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	bei niedergelassenen Zahnärzt:innen Adresse Ordinationsstätte:	
Strafregisterbescheinigung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
Haftpflichtversicherung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ab:	
Sozialversicherungs-Nr.:		Ordinationstelefonnr.:	
Telefonnummer:		Ordinations E-Mail:	
E-Mail privat:		Ordinationswebseite:	
Hauptwohnsitz:		Bei angestellten Zahnärzt:innen Arbeitsstätte:	
Zustelladresse:		ab:	
		Dienstbezeichnung:	
Familienstand:			
seit:		Bei WohnsitzZahnärzt:innen Adresse Wohnsitz:	
Ehegatte / Ehegattin:			
Name der Kinder und Geburtsdatum		ab:	
		Vertreterbörse ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
		Interessentenliste Kassenplanstelle	
		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	

- Ich nehme zur Kenntnis, dass diese Angaben mittels EDV verarbeitet werden. Das Gleiche gilt auch für alle zukünftigen Meldungen. Ich versichere, dass ich die obigen Angaben richtig und vollständig gemacht habe und nehme zur Kenntnis, dass wissentlich unrichtige Angaben strafbar sind.
- Ich stimme der Zustellung von Kammerrundschreiben und Newsletter an die oben angeführte E-Mail-Adresse zu.

Ort / Datum / Unterschrift: .....