

# Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt

ANMELDUNG / Seiten 1 bis 3



<b>Name:</b> <b>Vorname</b> <b>Beruf</b>	<b>Geb.-Name:</b> <b>Titel:</b> <b>Geschlecht:</b>
--	--

<b>Anschrift:</b>  Kreuzen Sie bitte an, wohin Ihre Kammerpost gesandt werden soll!	dienstlich <input type="radio"/>
	privat <input type="radio"/>

<b>E-Mail:</b>	<b>Homepage:</b>
<b>Geburtsdatum:</b>	<b>Geburtsland:</b>
<b>Nationalität:</b>	<b>Staatsangehörigkeit:</b>
<b>Tel.:</b>	(tagsüber zu erreichen, Angabe freiwillig)

<b>Anmeldedaten</b>  - nur für die ZÄK Sachsen-Anhalt  Zutreffenden bitte ankreuzen!	<input type="radio"/>	Niederlassung	seit:
	<input type="radio"/>	- zugelassen als Zahnarzt	seit:
	<input type="radio"/>	- zugelassen als FZA f. KfO	seit:
	<input type="radio"/>	Zweitpraxis	seit:
	<input type="radio"/>	Gemeinschaftspraxis	mit:
	<input type="radio"/>	Praxisvertreter/-in	seit: in der Praxis:
	<input type="radio"/>	angestellte/r Zahnärztin/-arzt	seit: in der Praxis:
	<input type="radio"/>	Vorbereitungsassistent/-in	seit: in der Praxis:
	<input type="radio"/>	Entlastungsassistent/-in	seit: in der Praxis:
	<input type="radio"/>	Weiterbildungsassistent/-in	seit: in der Praxis:
	<input type="radio"/>	Bundeswehrangehörige/r	
	<input type="radio"/>	öffentlicher Dienst	
	<input type="radio"/>	Stipendiat/-in	
	<input type="radio"/>	ohne eigenes Einkommen/ Promotionsstudent/-in	
	<input type="radio"/>	arbeitslos	
<input type="radio"/>	Altersrentner/-in		
<input type="radio"/>	sonstiges		

<b>Approbation als</b>	Zahnarzt/-ärztin	Datum:	Land:
	Promotion	Datum:	Land:
	Arzt/Ärztin	Datum:	Land:
	Promotion	Datum:	Land:

# Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt

## ANMELDUNG

<b>Qualifikation:</b>	Fachzahnarzt für:
	durch welche Kammer erteilt:
	Facharzt für:
	Durch welche Kammer erteilt:

<b>Berufserlaubnis nach §13 ZHG</b> Zutreffendes bitte ankreuzen!	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
	von:	bis:

<b>Mitglied ab:</b>	ohne zahnärztl. Tätigkeit seit:
<b>angestellt seit:</b>	

<b>Ich</b>	
<input type="radio"/>	war bisher noch bei keiner (Landes-) Zahnärztekammer in Deutschland gemeldet.
<input type="radio"/>	war bisher bis zum ... bei der (Landes-) Zahnärztekammer ... gemeldet.
<input type="radio"/>	bin durch meine Haupttätigkeit bei der (Landes-) Zahnärztekammer ... gemeldet.

**Mit ist bekannt, dass ich alle Änderungen zu den o. g. Angaben der Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt innerhalb eines Monats zu melden habe.**

**Ich versichere, alle Angaben vollständig und wahrheitsgetreu aufgeführt zu haben.**

-----  
Ort, Datum

-----  
Unterschrift

### Einverständniserklärung

Hiermit gebe ich mein Einverständnis für eine kostenlose Aufnahme meiner berufsbezogenen Daten auf der Homepage der ZÄK Sachsen-Anhalt.

-----  
Ort, Datum

-----  
Unterschrift

# Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt

ANMELDUNG / Anlage

**Dem Meldebogen sind Zeugnisse und Bescheinigungen beizufügen.**

- Die angekreuzten Unterlagen habe ich als Originalurkunde oder in amtlich beglaubigter Abschrift/Fotokopie der Urkunde der Anmeldung beigefügt

<input type="checkbox"/>	Zahnärztliche Approbation
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Ärztliche Approbation
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Promotionsurkunde/-n zum Dr. med. dent.
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Sonstige Promotionen anderer Fakultäten
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Habilitationsurkunde/n
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Ausländische Staatsexamen/Diplom als Zahnarzt im Original und in deutscher Sprache
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Zeugnis über die Anerkennung als Fachzahnarzt für ...
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Zeugnis über die Anerkennung des Facharztes für ...
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Berufserlaubnis für ausländische Zahnärzte Gem. § 13 Zahnheilkundegesetz
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Genehmigung zum Führen eines ausländischen Titels im Original und in deutscher Sprache
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Genehmigung zum Führen eines deutschsprachigen Master of Science
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Genehmigung zum Führen eines ausländischen Master of Science im Original und in dt. Sprache

- Zulassungsbeschluss der KZV Sachsen-Anhalt als

<input type="checkbox"/>	Vorbereitungsassistent/-in
<input type="checkbox"/>	Entlastungsassistent/-in
<input type="checkbox"/>	Angestellte/r Zahnärztin/-arzt
<input type="checkbox"/>	Niedergelassene/-r Zahnärztin/-arzt/Hauptniederlassung
<input type="checkbox"/>	Zweitpraxis
<input type="checkbox"/>	Zahnärztin/-arzt in Vertretung

- Weitere Unterlagen

<input type="checkbox"/>	1 Passfoto zur Erstellung des Zahnarzteausweises
<input type="checkbox"/>	1 Kopie der Fachkundebescheinigung Strahlenschutz