

Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt

ANMELDUNG / Seiten 1 bis 3



| | |
|-----------------|--------------------|
| Name: | Geb.-Name: |
| Vorname: | Titel: |
| Beruf: | Geschlecht: |

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

| | |
|----------------------|-----------------------------|
| E-Mail: | Homepage: |
| Geburtsdatum: | Geburtsland: |
| Nationalität: | Staatsangehörigkeit: |

| | | |
|--|--|---------------|
| Anmeldung Zutreffendes bitte ankreuzen! | <input type="radio"/> Niederlassung | seit: |
| | <input type="radio"/> Zweitpraxis | seit: |
| | <input type="radio"/> Gemeinschaftspraxis | mit: |
| | <input type="radio"/> Praxisgemeinschaft | mit: |
| | <input type="radio"/> Praxisvertreter/-in | seit: bei: |
| | <input type="radio"/> angestellte/-r Zahnärztin/-arzt | |
| | <input type="radio"/> Vorbereitungsassistent/-in | |
| | <input type="radio"/> Entlastungsassistent/-in | |
| | <input type="radio"/> Weiterbildungsassistent/-in | seit: bei: |
| | <input type="radio"/> Bundeswehrangehörige/-r | |
| | <input type="radio"/> öffentlicher Gesundheitsdienst | |
| | <input type="radio"/> Stipendiat/-in | |
| | <input type="radio"/> ohne eigenes Einkommen/ Promotionsstudent/-in | |
| | <input type="radio"/> Erziehungszeit | |
| | <input type="radio"/> arbeitslos | |
| <input type="radio"/> Altersrentner/-in | | |
| <input type="radio"/> Invalidenrentner/-in | | |
| <input type="radio"/> sonstiges | | |

| | | | |
|------------------------|------------------|--------|-------|
| Approbation als | Zahnarzt/-ärztin | Datum: | Land: |
| | Promotion | Datum: | Land: |
| | Arzt/Ärztin | Datum: | Land: |
| | Promotion | Datum: | Land: |

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

Zulassungsbeschluss der KZV 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 |
| <input type="checkbox"/> 1 Kopie des Antrages auf Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung |