

ANMELDUNG**Alle Felder gelten als Pflichtfelder, sofern sie zutreffend sind!**

1. Persönliche Daten			
Titel:			
Vorname:		Nachname:	
Geburtsdatum:		Geb.-Name:	
Geburtsland:		Nationalität:	
Tel.: Privat/Mobil:		Staatsangehörigkeit:	
E-Mail:		Dopp. Staatsangeh.:	
Anschrift:			

***Bitte zutreffendes ankreuzen/ergänzen!**

2. Ich	
☐	war bisher bei noch keiner (Landes-)Zahnärztekammer in Deutschland gemeldet.
☐	war bisher bis zum _____ bei der (Landes-)Zahnärztekammer gemeldet.
☐	bin durch <u>meine Haupttätigkeit</u> bei der (Landes-)Zahnärztekammer gemeldet. (Doppelmitgliedschaft)

3. Mitgliedschaft	
Mitglied ab:	ohne zahnärztliche Tätigkeit seit:
angestellt seit/zum:	

3.1. Freiwillige Mitgliedschaft		(regional / überregional)
☐	privat-zahnärztliche Berufsausübung	ab: Unternehmens-/Praxisangaben
☐	ohne Berufsausübung	ab:

4. Niederlassung			
Praxisanschrift:		Tel.-Nr.:	
		E-Mail:	
☐	KZV-Zulassung ZAP	Datum:	
☐	KZV-Zulassung KfO-Praxis	Datum:	
☐	KZV-Zulassung Oralchir.-Praxis	Datum:	
☐	KZV-Zulassung Kieferchir. Praxis	Datum:	
Praxisform		Praxisinhaber angeben	
	Einzelpraxis		
	Berufsausübungsgemeinschaft		
	Praxisgemeinschaft		
	Überörtl. Berufsausübungsgemeinschaft		
	Zweigpraxis	Datum: Anschrift:	

5. Angestellte Assistenten		
Arbeitgeberanschrift:		Tel.-Nr.:
		E-Mail:
	Vorbereitungsassistent/-in	Datum:
	Entlastungsassistent/-in	Datum:
	Angestellte/r Zahnärztin/-arzt	Datum:
	Praxisvertreter/-in	Datum:
	Bundewehrangehörige/-r	Datum:
	Öffentlicher Dienst	Datum:
	Sonstige Berufsausübung	Datum:

6. Assistenten in Fachzahnarztausbildung			
Arbeitgeberanschrift:			Tel.-Nr.:
			E-Mail:
○	Kieferorthopädie		
	Beginn d. Weiterbildung:	Datum:	Praxis:
	Fortführung d. Weiterbildung:	Datum:	Praxis:
○	Oralchirurgie		
	Beginn d. Weiterbildung:	Datum:	Praxis:
	Fortführung d. Weiterbildung:	Datum:	Praxis:

7. Ohne Berufsausübung		
○	arbeitslos	Datum:
○	ohne eigenes Einkommen	Datum:
○	Stipendiat/-in	Datum:
○	Ruhestand	Datum:

8. Akademische Nachweise			(Bitte als beglaubigte Kopie einreichen)
○	Zahnarzt/-ärztin	Datum:	Bundesland:
○	Promotion	Datum:	Bundesland:
○	Arzt/Ärztin	Datum:	Bundesland:
○	Promotion	Datum:	Bundesland:
○	FZA f. Kieferorthopädie	Datum:	Bundesland:
○	FZA f. Oralchirurgie	Datum:	Bundesland:
○	FA für MKG-Chirurgie	Datum:	Bundesland:
○	Sonstige FZÄ/FÄ Gebietsbezeichnungen	Datum:	Bundesland:

9. Berufserlaubnis nach §13 Zahnheilkundengesetz				(Bitte als beglaubigte Kopie einreichen)
○	Erteilt vom LWA:	Datum:	Bundesland:	
○	Ausgestellt:	vom:	bis:	

Erklärung Mir ist bekannt, dass ich alle Änderungen zu den o. g. Angaben der Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt innerhalb eines Monats zu melden habe. Ich versichere, die Angaben nach Eintritt der Änderungen vollständig und wahrheitsgetreu aufgeführt zu haben. Hiermit gebe ich mein <u>Einverständnis</u> für eine kostenlose Aufnahme meiner <u>berufsbezogenen Daten</u> auf der <u>Homepage</u> der ZÄK Sachsen-Anhalt. Eine Weiterverarbeitung und Weitergabe der Daten erfolgen nur im rechtlich zulässigen Umfang. Ort, Datum _____ Unterschrift _____
--

■	Dem Meldebogen sind Zeugnisse und Bescheinigungen beizufügen Der Anmeldung habe ich die angekreuzten Unterlagen als Originalurkunde oder in amtlich beglaubigter Abschrift / Fotokopie beigelegt.
---	---

☐	Zahnärztliche Approbation
☐	Promotionsurkunde
☐	Ärztliche Approbation
☐	Promotionsurkunde
☐	Sonstige Promotionen / Habilitationen anderer Fakultäten
☐	Anerkennung Fachzahnarzt/-in f. Kieferorthopädie /Oralchirurgie
☐	Anerkennung Facharzt für MKG-Chirurgie
☐	Sonstige Anerkennungen FZÄ/FÄ Gebietsbezeichnungen
☐	Ausländische Staatsexamen / Diplome als Zahnarzt im Original und in deutscher Sprache
☐	Genehmigung zum Führen eines ausländischen Titels im Original und in deutscher Sprache
☐	Genehmigung zum Führen eines deutschsprachigen Master of Science
☐	Genehmigung zum Führen eines ausländischen Master of Science im Original und in dt. Sprache

■ **Zulassungsbeschluss der Kassenzahnärztlichen Vereinigung S.-A. als**

☐	Vorbereitungsassistent/-in
☐	Entlastungsassistent/-in
☐	Angestellte/-r Zahnärztin/-arzt
☐	Niedergelassene/-r Zahnärztin/-arzt
☐	Zahnärztin/-arzt in Vertretung
☐	Zweigpraxis

■ **Weitere Unterlagen**

☐	Antrag Mitgliederausweis + 1 Passfoto (bitte weißen Hintergrund)
☐	Kopie der Fachkundebescheinigung
☐	Bescheid der Bundesagentur für Arbeit über den Bezug von staatl. Unterstützungen
☐	Immatrikulationsbescheinigung / direktes Studium