

Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt

ANMELDUNG / Seiten 1 bis 3



**ZAHNÄRZTEKAMMER
SACHSEN-ANHALT**
KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

Name: Vorname Beruf	Geb.-Name: Titel: 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:
Tel.:	(tagüber zu erreichen, Angabe freiwillig)

Anmeldedaten - 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		

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

Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt

ANMELDUNG

Qualifikation:	Fachzahnarzt für:
	durch welche Kammer erteilt:
	Facharzt für:
	Durch welche Kammer erteilt:

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

Mitglied ab:	ohne zahnärztl. Tätigkeit seit:
angestellt seit:	

Ich	
<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