

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	
<input type="radio"/>	war bisher bei noch 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. (Doppelmitgliedschaft)

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

4. Niederlassung	
Praxisanschrift:	Tel.-Nr. e-Mail:
<input type="radio"/>	KZV-Zulassung ZAP Datum:
<input type="radio"/>	KZV-Zulassung KfO-Praxis Datum:
<input type="radio"/>	KZV-Zulassung Oralchir.-Praxis Datum:
<input type="radio"/>	KZV-Zulassung Kieferchir. Praxis Datum:
Praxisform Praxisinhaber angeben	
<input type="radio"/>	Einzelpraxis
<input type="radio"/>	Berufsausübungsgemeinschaft
<input type="radio"/>	Praxisgemeinschaft
<input type="radio"/>	Überörtl. Berufsausübungsgemeinschaft
<input type="radio"/>	Zweigpraxis Datum: Anschrift:

5. Angestellte Assistenten		
Arbeitgeberanschrift :		Tel.-Nr.:
		e-Mail:
<input type="radio"/>	Vorbereitungsassistent/-in	Datum:
<input type="radio"/>	Entlastungsassistent/-in	Datum:
<input type="radio"/>	Angestellte/r Zahnärztin/-arzt	Datum:
<input type="radio"/>	Praxisvertreter/-in	Datum:
<input type="radio"/>	Bundewehrangehörige/-r	Datum:
<input type="radio"/>	Öffentlicher Dienst	Datum:
<input type="radio"/>	Sonstige Berufsausübung	Datum:

6. Assistenten in Fachzahnarztausbildung		
Arbeitgeberanschrift:		Tel.-Nr.:
		e-Mail:
<input type="radio"/>	Kieferorthopädie	
	Beginn d. Weiterbildung:	Datum: Praxis:
	Fortführung d. Weiterbildung:	Datum: Praxis:
<input type="radio"/>	Oralchirurgie	
	Beginn d. Weiterbildung:	Datum: Praxis:
	Fortführung d. Weiterbildung:	Datum: Praxis:

7. Ohne Berufsausübung		
<input type="radio"/>	arbeitslos	Datum:
<input type="radio"/>	ohne eigenes Einkommen	Datum:
<input type="radio"/>	Stipendiat/-in	Datum:
<input type="radio"/>	Ruhestand	Datum:

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

9. Berufserlaubnis nach §13 Zahnheilkundegesetz (Bitte als beglaubigte Kopie einreichen)		
<input type="radio"/>	Erteilt vom LWA:	Datum: Bundesland:
<input type="radio"/>	Ausgestellt:	vom: bis:

Erklärung

Mit 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 Einverständnis für eine kostenlose Aufnahme meiner berufsbezogenen Daten auf der Homepage der ZÄK Sachsen-Anhalt.

Eine Weiterverarbeitung und Weitergabe der Daten erfolgt 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.

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

Zulassungsbeschluss der Kassenzahnärztlichen Vereinigung S.-A. als

<input type="radio"/>	Vorbereitungsassistent/-in
<input type="radio"/>	Entlastungsassistent/-in
<input type="radio"/>	Angestellte/-r Zahnärztin/-arzt
<input type="radio"/>	Niedergelassene/-r Zahnärztin/-arzt
<input type="radio"/>	Zahnärztin/-arzt in Vertretung
<input type="radio"/>	Zweigpraxis

Weitere Unterlagen

<input type="radio"/>	Antrag Mitgliederausweis + 1 Passfoto (bitte weißen Hintergrund)
<input type="radio"/>	Kopie der Fachkundebescheinigung
<input type="radio"/>	Bescheid der Bundesagentur für Arbeit über den Bezug von staatl. Unterstützungen
<input type="radio"/>	Immatrikulationsbescheinigung / direktes Studium