

Meldebogen

für Mitglieder Landeszahnärztekammer Thüringen – K.d.ö.R. –



Persönliche Angaben:

Name: _____ Geb.-Name: _____
Vorname: _____
Titel: _____
Geburtstag: _____ Geburtsort: _____
Geschlecht (m/w/d): _____ Geburtsland: _____
Staatsangehörigkeit: _____ Familienstand: _____
Privatanschrift: _____
PLZ Ort / Landkreis: _____
Telefon Festnetz: _____ Telefon Mobil: _____
E-Mail-Adresse privat: _____

Zahnärztl. Approbation: _____ Ort: _____
Zahnärztl. Promotion: _____ Ort: _____
Ärztl. Approbation: _____ Ort: _____
Ärztl. Promotion: _____ Ort: _____
Weitere Titel: _____ Ort: _____
Gebietsbezeichnung 1: _____ Datum, Ort: _____
Gebietsbezeichnung 2: _____ Datum, Ort: _____
Fachkunde Röntgen: _____ Ort: _____
Letzte Aktualisierung: _____ Ort: _____
Fachkunde DVT: _____ Ort: _____

Mitgliedschaft ab: _____ Datum: _____

Zugehörigkeit zu
anderen Kammern: _____ Datum: _____

SEPA-Mandat für anfallende Gebühren und Kosten (z.B. Mitgliedsbeitrag, Fortbildung, Röntgen, etc.):

Gläubiger-ID: DE29LZK00000390648

Kontoinhaber: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Bank: _____

Gültigkeit für: ☐ Beitrag ☐ Azubi/ZFA ☐ Fort-/Weiterbildung ☐ Röntgen ☐ Praxisführung (BuS/Validierung)

Niederlassung:

Praxisname: _____
Praxisanschrift: _____
PLZ Ort / Landkreis: _____
Telefon Festnetz: _____ Telefon Mobil: _____
E-Mail-Adresse: _____
Internet / Homepage: _____
Form (z.B. EP, BAG, MVZ): _____
Partner: _____
Niederlassung am: _____ KZV-Nr.: _____

Nichtselbstständige Tätigkeit (z.B. Assistenten, angestellte Zahnärzte):

Beginn Datum: _____ Ende Datum: _____
Status (z.B. Vorb.-Ass., Weiterbild.-Ass., Angestellter): _____
Arbeitgeber: _____
PLZ Ort / Landkreis: _____
Telefon Festnetz: _____ Telefon Mobil: _____
E-Mail-Adresse: _____
Wöchentliche Arbeitszeit: _____

Ohne zahnärztliche Tätigkeit (z.B. Mutterschutz, Elternzeit, berufsunfähig, arbeitslos, Ruhestand, etc):

Beginn Datum: _____ Ende Datum: _____
Grund: _____

Ausländische Zahnärzte:

Genehmigung nach § 13 Zahnheilkundengesetz (ZHG) zur Ausübung des zahnärztlichen Berufes
in Deutschland (Berufserlaubnis)

Beginn Datum: _____ Ende Datum: _____
Ausstellende Behörde: _____
PLZ Ort: _____

Hospitation / Praktikum / Famulatur (Angabe von Zeit, Bundesland, Praxis, Ort):

Hospitation : _____
Praktikum: _____
Famulatur: _____

Diesem Meldebogen sind folgende Unterlagen als beglaubigte Kopie beizufügen:

- Approbationsurkunde(n), Promotionsurkunde(n), Berufserlaubnis (bei ausländischen Zahnärzten)
- Gebietsbezeichnung(en) / Anerkennung Fachzahnarzt, Tätigkeitsschwerpunkte
- Fachkunde und Aktualisierung im Strahlenschutz / DVT (soweit vorhanden)
- Berufshaftpflichtversicherung (Bestätigung eigene Versicherung oder vom Arbeitgeber)

Zur Beachtung des Meldebogens:

Zur Anmeldung ist jeder in Thüringen zahnärztlich tätige oder, wenn nicht tätig, wohnhafte Zahnarzt gemäß § 2 Thüringer Heilberufegesetz und § 2 der Satzung der Landes Zahnärztekammer Thüringen verpflichtet.

Die Angaben sind wahrheitsgetreu zu tätigen und Änderungen innerhalb eines Monats der Landes Zahnärztekammer Thüringen mitzuteilen.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____