

## 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 Zahnheilkundegesetz (ZHG) zur Ausübung des zahnärztlichen Berufes in Deutschland (Berufserlaubnis)

Beginn Datum: \_\_\_\_\_ Ende Datum: \_\_\_\_\_  
Ausstellende Behörde: \_\_\_\_\_  
PLZ Ort: \_\_\_\_\_

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

Hospitalisation : \_\_\_\_\_  
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 Landeszahnärztekammer Thüringen verpflichtet.

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

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_