

# 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: \_\_\_\_\_