

A N M E L D U N G

Dieser Meldebogen dient zur Aufnahme der Stammdaten. Änderungen der Stammdaten sind unverzüglich schriftlich mitzuteilen. Das Formular füllen Sie bitte in Druckschrift aus.

1. Art des Zugangs / weitere Mitgliedschaften:		
☐ Neuaufnahme (Erstmitgliedschaft) Bitte ankreuzen, wenn Sie sich zum ersten Mal bei <u>einer</u> Zahnärztekammer anmelden.		
☐ Zugang aus dem Kammerbereich: _____ Wenn Sie bereits Mitglied in einer anderen LZK oder ZBV waren, geben Sie bitte den Namen der Kammer o.ä. an.		
Abmeldung bei der bisher zuständigen Zahnärztekammer ist erfolgt: ☐ JA ☐ NEIN		
2. Persönliche Angaben:		
Familienname:		Geburtsname:
Vorname:		Ehemaliger Name: (geschieden etc.)
Geburtsdatum:		Geburtsort und Land:
Staatsangehörigkeit:		Einbürgerung am:
Privatanschrift		
PLZ:	Wohnort:	Straße:
Tel.-Nr.:		Fax-Nr.:
Handy:	E-Mail-Adresse:	
Staatsexamen (letzter Prüfungstag)	Datum:	Ort:
Approbation	Datum:	Ort:
Promotion	Datum:	Ort:
Erlaubnis nach § 13 ZHG	Datum:	Ort:
☐ Weitere Approbation (z.B. Arzt)		
☐ Weitere Promotion (z.B. Arzt)		
Datum:		Ort:
Anerkennung als		
☐ Zahnarzt für Kiefer-orthopädie	☐ Zahnarzt für Oralchirurgie	☐ Zahnarzt, MKG-Chirurgie
Datum:		Ort:
-----Bitte wenden-----		

ANMELDUNG

beim Zahnärztlichen Bezirksverband Oberpfalz

3. Art und Umfang der Berufsausübung (bei Anstellung):		
☐ Teilzeit tätig ☐ Vollzeit tätig		
Vorbereitungsassistent/in seit/ab:		
Entlastungsassistent/in seit /ab:		
Weiterbildungsassistent-KFO seit/ab:		(auch an Kliniken)
Weiterbildungsassistent-Oralchirurgie seit/ab:		(auch an Kliniken)
Angestellter Zahnarzt seit/ab:		
Vertreter seit/ab:		
Arbeitgeber (Name, Anschrift):		
Sonstige Tätigkeit seit/ab:		
als:		bei:
☐ derzeit nicht zahnärztlich tätig		
4. Art und Umfang der Berufsausübung (Selbstständig):		
Niedergelassen seit/ab		
☐ in freier Praxis		
☐ in Gemeinschaftspraxis mit:		
☐ in Praxisgemeinschaft mit:		
☐ in Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) mit:		
☐ ausschließlich ärztlich tätig		
☐ in einer Zweigpraxis		☐ in einer Zweitpraxis
☐ in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) mit:		
Praxisanschrift (nur bei eigener Praxis)		
PLZ:	Ort:	Straße:
Tel.-Nr.:		Fax-Nr.:
E-Mail-Adresse:		
Homepage:		
Zulassung seit:		durch den Zulassungsausschuss:
Zulassung zu _____ %		
-----Bitte wenden-----		

ANMELDUNG

beim Zahnärztlichen Bezirksverband Oberpfalz

Ich bin mit dem widerruflichen **Eintrag ins amtliche Zahnärzterverzeichnis** (Zahnarztsuche) des ZBV Oberpfalz bzw. der BLZK bei meiner **Niederlassung** einverstanden.

☐ ja

☐ nein

☐ Hiermit gestatte ich widerruflich dem ZBV Oberpfalz oder der Bayerischen Landeszahnärztekammer meine **E-Mail-Adresse** zu verwenden.

☐ Ich bin gegen eine Verwendung.

➡ **Sofern ich zahnärztlich tätig bin, bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich über die Pflicht des Abschlusses einer Berufshaftpflichtversicherung, nach § 3 Abs. 5 der Meldeordnung der Bayerischen Landeszahnärztekammer sowie nach Art. 18 Abs. 4 Satz 1 des Heilberufe-Kammergesetzes, informiert worden bin.** ⬅

Bitte lassen Sie dem ZBV Oberpfalz eine Kopie der Police (Versicherungsschein) der von Ihnen abgeschlossenen Berufshaftpflichtversicherung (einschl. der Deckungs-/Versicherungssumme) zukommen.

Ort, Datum

Unterschrift



WICHTIGE HINWEISE:

- Bitte beachten Sie, dass der ZBV Oberpfalz **unverzüglich** in Kenntnis zu setzen ist, wenn sich Änderungen (z.B. Wohnungsanschrift, Aufnahme und Beendigung einer Tätigkeit, Stellenwechsel, Promotion, Niederlassung usw.) ergeben.
- Vor Aufnahme einer Tätigkeit als Vorbereitungs-, Entlastungs- oder Weiterbildungsassistent/in bedarf es immer einer vorherigen Genehmigung der (zuständigen) Bezirksstelle der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayern:
**KZVB, Bezirksstelle Oberpfalz, 93047 Regensburg, Landshuter Str. 20,
Telefon: 0941 5987925, E-Mail: bez.oberpfalz@kzvb.de**
- Der Antrag auf Genehmigung eines Vorbereitungs-, Entlastungs- oder Weiterbildungsassistenten/in ist durch den Praxisinhaber (Arbeitgeber) zu stellen. **Eine rückwirkende Genehmigung kann nicht ausgestellt werden.** Dies ist nicht nur vom Praxisinhaber zu beachten, sondern auch für den Assistenten/in von großer Bedeutung. Nicht genehmigte Zeiten können u.a. beim Antrag auf Eintragung in das Zahnarztregister nicht angerechnet werden.