

## 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.

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

# ANMELDUNG

## beim Zahnärztlichen Bezirksverband Oberpfalz

<b>3. Art und Umfang der Berufsausübung (bei Anstellung):</b>		
<input type="checkbox"/> Teilzeit tätig	<input type="checkbox"/> 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:	
<input type="checkbox"/> derzeit nicht zahnärztlich tätig		
<b>4. Art und Umfang der Berufsausübung (Selbstständig):</b>		
<b>Niedergelassen seit/ab</b>		
<input type="checkbox"/> in freier Praxis		
<input type="checkbox"/> in Gemeinschaftspraxis mit:		
<input type="checkbox"/> in Praxisgemeinschaft mit:		
<input type="checkbox"/> in Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) mit:		
<input type="checkbox"/> ausschließlich ärztlich tätig		
<input type="checkbox"/> in einer Zweigpraxis	<input type="checkbox"/> in einer Zweitpraxis	
<input type="checkbox"/> in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) mit:		
<b>Praxisanschrift</b> (nur bei eigener Praxis)		
PLZ:	Ort:	Straße:
Tel.-Nr.:		Fax-Nr.:
E-Mail-Adresse:		
Homepage:		
Zulassung seit:		durch den Zulassungsausschuss:
Zulassung zu _____ %		
<b>-----Bitte wenden-----</b>		

# ANMELDUNG

## beim Zahnärztlichen Bezirksverband Oberpfalz

Ich bin mit dem widerruflichen **Eintrag ins amtliche Zahnärzteverzeichnis** (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: [a.dauerer@kzvb.de](mailto:a.dauerer@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.**