

## Meldebogen

entsprechend der Satzung der Landes Zahnärztekammer Sachsen ist die Kammer verpflichtet, ein Verzeichnis aller Mitglieder zu führen. Die Angaben werden nach dem Sächsischen Datenschutz behandelt.

**Bitte mit Schreibmaschine oder in Blockschrift ausfüllen.**

### Persönliche Angaben

Akademischer Grad: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsland: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Geschlecht: \_\_\_\_\_ Land der letzten Berufsausübung: \_\_\_\_\_

### **Wohnanschrift**

Strasse, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Kreis: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

### Berufsausbildung

**zahnärztliche Approbation** erhalten am: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

erworben an (Hochschule/Universität): \_\_\_\_\_

**zahnärztliche Promotion** erhalten am: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

**zahnärztliche Habilitation** erhalten am: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

**ärztliche Approbation** erhalten am: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

erworben an (Hochschule/Universität): \_\_\_\_\_

**ärztliche Promotion** erhalten am: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

**sonstige Promotion** erhalten am: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

**ärztliche Habilitation** erhalten am: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

**Fachzahnarzt** für: \_\_\_\_\_ Datum der Anerkennung: \_\_\_\_\_

durch welche Kammer erteilt: \_\_\_\_\_

**Facharzt** für: \_\_\_\_\_ Datum der Anerkennung: \_\_\_\_\_

durch welche Kammer erteilt: \_\_\_\_\_

**Master of:** \_\_\_\_\_ Datum der Anerkennung: \_\_\_\_\_

erworben an (Hochschule/Universität): \_\_\_\_\_

**Tätigkeitsschwerpunkt:** \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

**Berufserlaubnis gemäß § 13 ZHK - Gesetz** von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

durch welche Landesdirektion erteilt: \_\_\_\_\_

**Praxisanschrift/Anschrift der Arbeitsstelle**

Strasse, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Kreis: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ www: \_\_\_\_\_

**derzeitige Tätigkeit**

Niederlassung seit: \_\_\_\_\_  Praxis mit Kassenzulassung  Privatpraxis

örtliche Berufsausübungsgemeinschaft mit: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

mit: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

überörtl. Berufsausübungsgemeinschaft mit: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

mit: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Zweitpraxis seit: \_\_\_\_\_  Praxis mit Kassenzulassung  Privatpraxis

Strasse, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Kreis: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Ausbildungsassistent seit: \_\_\_\_\_ bei: \_\_\_\_\_

Entlastungsassistent seit: \_\_\_\_\_ bei: \_\_\_\_\_

Weiterbildungsassistent seit: \_\_\_\_\_ bei: \_\_\_\_\_

angestellter Zahnarzt seit: \_\_\_\_\_ bei: \_\_\_\_\_

Praxisvertreter seit: \_\_\_\_\_ bei: \_\_\_\_\_

Bundeswehrangehöriger seit: \_\_\_\_\_ Angestellt im ÖGD seit: \_\_\_\_\_

Hochschulangehöriger seit: \_\_\_\_\_ berufener Professor seit: \_\_\_\_\_

Angestellter im Krankenhaus/Zahnklinik seit: \_\_\_\_\_

berufsfremd tätig als: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Altersrentner seit: \_\_\_\_\_ EU - Rentner seit: \_\_\_\_\_

Empfänger von ALG I seit: \_\_\_\_\_ Empfänger von ALG II seit: \_\_\_\_\_

Elternzeit ohne Einkommen aus Berufstätigkeit vom: \_\_\_\_\_ bis : \_\_\_\_\_

ohne eigenes Einkommen seit: \_\_\_\_\_

**Mir ist bekannt, dass ich alle Änderungen zu den o. g. Angaben der Landes Zahnärztekammer Sachsen innerhalb eines Monats schriftlich zu melden habe.**

**Ich versichere, alle Angaben vollständig und wahrheitsgetreu aufgeführt zu haben.**

\_\_\_\_\_  
(Ort)

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(eigenhändige Unterschrift)