

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)