

## **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.

### **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)