

Meldebogen

entsprechend der Satzung der Landeszahnärztekammer 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: | | (Bundes-)Land der letzten Berufsausübung: | |

Wohnanschrift und Kontaktdaten

| | | |
|---------------------|------|----------------|
| Straße, Hausnummer: | | |
| PLZ: | Ort: | wohnhaft seit: |
| E-Mail (privat): | | Telefon: |

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: | |
| erteilt durch (zuständige Kammer): | | | |

| | | | |
|------------------------------------|--|------------------------|--|
| Facharzt für: | | Datum der Anerkennung: | |
| erteilt durch (zuständige Kammer): | | | |

| | | | |
|---------------------------------------|--|------------------------|--|
| Master of: | | Datum der Anerkennung: | |
| erworben an (Hochschule/Universität): | | | |

| | | | |
|-------------------------------|--|-------|--|
| Tätigkeitsschwerpunkt: | | seit: | |
|-------------------------------|--|-------|--|

| | | | |
|---|--|------|--|
| Berufserlaubnis gemäß § 13 ZHK - Gesetz von: | | bis: | |
| erteilt durch (zuständ. Landesdirektion): | | | |

Praxisanschrift/Anschrift der Arbeitsstelle

| | | | |
|---------------------|--|---------------------|-----------|
| Praxisname: | | | |
| Straße, Hausnummer: | | | |
| PLZ, Ort: | | | Webseite: |
| | | E-Mail (beruflich): | |

Zahnärztliche Tätigkeit**Im Anstellungsverhältnis:**

| | | | | |
|--|-------|--|----------------------------------|--|
| Vorbereitungsassistent | seit: | | bei: | |
| Assistent mit Berufserlaubnis | 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: | | | |

In eigener Niederlassung:

| | | | | |
|---------------------------------------|------|---|---------------------------------------|--|
| Niederlassung seit: | | <input type="checkbox"/> Praxis mit Kassenzulassung | <input type="checkbox"/> Privatpraxis | |
| örtliche Berufsausübungsgemeinschaft | mit: | | seit: | |
| | mit: | | seit: | |
| überörtl. Berufsausübungsgemeinschaft | mit: | | seit: | |
| | mit: | | seit: | |
| Zweitpraxis seit: | | <input type="checkbox"/> Praxis mit Kassenzulassung | <input type="checkbox"/> Privatpraxis | |
| Straße, Hausnummer: | | | | |
| PLZ, Ort: | | | Telefon: | |

Derzeit ohne zahnärztliche Tätigkeit

| | | | | |
|---|-------|--|--------------------------------|--|
| berufsfremd tätig | als: | | seit: | |
| Altersrentner | seit: | | EU - Rentner seit: | |
| Empfänger von ALG I | seit: | | Empfänger von Bürgergeld seit: | |
| Elternzeit ohne Einkommen aus Berufstätigkeit | vom: | | bis: | |
| ohne eigenes Einkommen seit: | | | | |

Ich versichere, dass die gemachten Angaben vollständig und korrekt sind.**Änderungen werde ich der Landeszahnärztekammer Sachsen innerhalb eines Monats mitteilen.
Die Meldeordnung habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen.**

(Ort)

(Datum)

(eigenhändige Unterschrift)