

## 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:	<input type="text"/>	Geburtsdatum:	<input type="text"/>
Name:	<input type="text"/>	Geburtsort:	<input type="text"/>
Vorname:	<input type="text"/>	Geburtsland:	<input type="text"/>
Geburtsname:	<input type="text"/>	Staatsangehörigkeit:	<input type="text"/>
Geschlecht:	<input type="text"/>	(Bundes-)Land der letzten Berufsausübung:	<input type="text"/>

### Wohnanschrift und Kontaktdaten

Straße, Hausnummer:	<input type="text"/>		
PLZ:	<input type="text"/>	Ort:	<input type="text"/>
E-Mail (privat):	<input type="text"/>	wohnhafte seit:	<input type="text"/>
		Telefon:	<input type="text"/>

### Berufsausbildung

<b>zahnärztliche Approbation</b> erhalten am:	<input type="text"/>	Ort:	<input type="text"/>
erworben an (Hochschule/Universität):	<input type="text"/>		

<b>zahnärztliche Promotion</b> erhalten am:	<input type="text"/>	Ort:	<input type="text"/>
---	----------------------	------	----------------------

<b>zahnärztliche Habilitation</b> erhalten am:	<input type="text"/>	Ort:	<input type="text"/>
--	----------------------	------	----------------------

<b>ärztliche Approbation</b> erhalten am:	<input type="text"/>	Ort:	<input type="text"/>
erworben an (Hochschule/Universität):	<input type="text"/>		

<b>ärztliche Promotion</b> erhalten am:	<input type="text"/>	Ort:	<input type="text"/>
---	----------------------	------	----------------------

<b>sonstige Promotion</b> erhalten am:	<input type="text"/>	Ort:	<input type="text"/>
--	----------------------	------	----------------------

<b>ärztliche Habilitation</b> erhalten am:	<input type="text"/>	Ort:	<input type="text"/>
--	----------------------	------	----------------------

<b>Fachzahnarzt</b> für:	<input type="text"/>	Datum der Anerkennung:	<input type="text"/>
erteilt durch (zuständige Kammer):	<input type="text"/>		

<b>Facharzt</b> für:	<input type="text"/>	Datum der Anerkennung:	<input type="text"/>
erteilt durch (zuständige Kammer):	<input type="text"/>		

<b>Master of:</b>	<input type="text"/>	Datum der Anerkennung:	<input type="text"/>
erworben an (Hochschule/Universität):	<input type="text"/>		

<b>Tätigkeitsschwerpunkt:</b>	<input type="text"/>	seit:	<input type="text"/>
-------------------------------	----------------------	-------	----------------------

<b>Berufserlaubnis gemäß § 13 ZHK - Gesetz</b> von:	<input type="text"/>	bis:	<input type="text"/>
erteilt durch (zuständ. Landesdirektion):	<input type="text"/>		

## Praxisanschrift/Anschrift der Arbeitsstelle

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

## Zahnärztliche Tätigkeit

### Im Anstellungsverhältnis:

<b>Vorbereitungssassistent</b>	seit:		bei:	
<b>Assistent mit Berufserlaubnis</b>	seit:		bei:	
<b>Entlastungsassistent</b>	seit:		bei:	
<b>Weiterbildungsassistent</b>	seit:		bei:	
<b>angestellter Zahnarzt</b>	seit:		bei:	
<b>Praxisvertreter</b>	seit:		bei:	
<b>Bundeswehrangehöriger</b>	seit:			
<b>Angestellt im ÖGD</b>	seit:			
<b>Hochschulangehöriger</b>	seit:		<b>berufener Professor</b>	seit: <input type="text"/>
<b>Angestellter im Krankenhaus/Zahnklinik</b>	seit:			

### In eigener Niederlassung:

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

## Derzeit ohne zahnärztliche Tätigkeit

<b>berufsfremd tätig</b>	als:		seit:	
<b>Altersrentner</b>	seit:		<b>EU - Rentner</b>	seit: <input type="text"/>
<b>Empfänger von ALG I</b>	seit:		<b>Empfänger von Bürgergeld</b>	seit: <input type="text"/>
<b>Elternzeit ohne Einkommen aus Berufstätigkeit</b>	vom:		bis:	
<b>ohne eigenes Einkommen</b>	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.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	-----
(Ort)	(Datum)	(eigenhändige Unterschrift)