

Anlage zur Meldeordnung

## 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:	<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"/>		wohnt 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>Vorbereitungsassistent</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:	
<b>Angestellter im Krankenhaus/Zahnklinik</b>	seit:				

**In eigener Niederlassung:**

**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:  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 Landes Zahnärztekammer Sachsen innerhalb eines Monats mitteilen. Die Meldeordnung habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen.**

(Ort)	(Datum)	(eigenhändige Unterschrift)