



Meldebogen

für die Anmeldung bei der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg
gemäß § 2 des Heilberufe-Kammergesetzes in Verbindung mit der Meldeordnung der
Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg

ANGABEN ZUR PERSON

Familiename	
Vorname/n	
Geburtsname	geb. am
Geburtsort	Staatsangehörigkeit
Geburtsland	Familienstand*)
Fremdsprachenkenntnisse*)	

PRIVATANSCHRIFT/KOMMUNIKATIONS DATEN

PLZ/Ort	Straße
Telefon	Telefon mobil
Telefax	E-Mail

AUSBILDUNG / STAATSEXAMEN / APPROBATIONEN

Staatsexamen abgelegt am:	
Universität	in (Ort/Land)
Zahnärztliche Approbation vom	mit Geltung vom
ausstellende Behörde	in
Ärztliche Approbation vom	mit Geltung vom
ausstellende Behörde	in
ggf. dentistische Staatsprüfung am	bestanden: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
ausstellende Behörde	in

*) Freiwillige Angabe

AUSLÄNDISCHE ZAHNÄRZTE bzw. ZAHNÄRZTE MIT AUSLÄNDISCHER AUSBILDUNG

Erste in der BRD erhaltene Berufserlaubnis gem. § 13 ZHG ab	
Berufserlaubnis gem. § 13 ZHG am	gültig bis
Erlaubnis zum Führen des ausländischen Titels: „.....“	
ausstellende Behörde	erteilt am

PROMOTIONEN / HABILITATIONEN

Promotion (Dr. med. dent.) vom	ausstellende Behörde
Promotion (Dr. med.) vom	ausstellende Behörde
Habilitation (Prof.) vom	mit Geltung vom
ausstellende Behörde	in

WEITERE AKADEMISCHE TITEL UND GRADE

Akademischer Grad	mit Geltung vom
ausstellende Behörde	in
Akademischer Grad	mit Geltung vom
ausstellende Behörde	in
Mastertitel (MSc./MA)	mit Geltung vom
ausstellende Behörde	in
Mastertitel (MSc./MA)	mit Geltung vom
ausstellende Behörde	in

WEITERBILDUNGEN

Anerkennung als Fachzahn/arzt für	
ausstellende Stelle	mit Geltung vom
Anerkennung als Fachzahn/arzt für	
ausstellende Stelle	mit Geltung vom
Anerkennung als Fachzahn/arzt für	
ausstellende Stelle	mit Geltung vom

SELBSTÄNDIGE BEHANDELNDE (KURATIVE) TÄTIGKEIT

Erster Praxissitz (Haupttätigkeit):

PLZ/ Ort:	Straße:
Telefon:	Telefax:
E-Mail:	Homepage:
Niedergelassen am ersten Praxissitz seit	
früher in	von bis
früher in	von bis
Vertragszahnärztliche Zulassung bei der KZV	
Zulassung seit	
Zulassungsart (z. B. für das Fachgebiet KFO)	
Praxis nur für Privatpatienten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besteht eigene Röntgeneinrichtung vor Ort?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besteht ein zahnärztliches Praxislabor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bestehende Praxisform:	
<input type="checkbox"/> Berufsausübungsgemeinschaft seit	mit
<input type="checkbox"/> Teilberufsausübungsgemeinschaft seit	mit
<input type="checkbox"/> Partnerschaftsgesellschaft seit	mit
<input type="checkbox"/> Medizinisches Versorgungszentrum seit	Name
<input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft seit	mit
<input type="checkbox"/> Gerätegemeinschaft seit	mit für

Zweiter Praxissitz:

PLZ/ Ort:	Straße:
Telefon:	Telefax:
E-Mail:	Homepage:
Niedergelassen am zweiten Praxissitz seit	
Vertragszahnärztliche Zulassung bei der KZV	
Zulassung seit	
Zulassungsart (z. B. für das Fachgebiet KFO)	
Liquidationsberechtigung im dortigen Bezirk?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Praxis nur für Privatpatienten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besteht ein zahnärztliches Praxislabor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besteht eigene Röntgeneinrichtung vor Ort?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bestehende Praxisform:	
<input type="checkbox"/> Berufsausübungsgemeinschaft seit	mit
<input type="checkbox"/> Teilberufsausübungsgemeinschaft seit	mit
<input type="checkbox"/> Partnerschaftsgesellschaft seit	mit
<input type="checkbox"/> Medizinisches Versorgungszentrum seit	Name
<input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft seit	mit
<input type="checkbox"/> Gerätegemeinschaft seit	mit
für

Weiterer Praxissitz:

PLZ/ Ort:	Straße:
Telefon:	Telefax:
E-Mail:	Homepage:
Niedergelassen am weiteren Praxissitz seit	
Vertragszahnärztliche Zulassung bei der KZV
Zulassung seit	
Zulassungsart (z. B. für das Fachgebiet KFO)
Liquidationsberechtigung im dortigen Bezirk?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Praxis nur für Privatpatienten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besteht ein zahnärztliches Praxislabor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besteht eigene Röntgeneinrichtung vor Ort?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bestehende Praxisform:	
<input type="checkbox"/> Berufsausübungsgemeinschaft seit	mit
<input type="checkbox"/> Teilberufsausübungsgemeinschaft seit	mit
<input type="checkbox"/> Partnerschaftsgesellschaft seit	mit
<input type="checkbox"/> Med. Versorgungszentrum seit	Name
<input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft seit	mit
<input type="checkbox"/> Gerätegemeinschaft seit	mit
für

NICHTSELBSTÄNDIGE TÄTIGKEIT

Erste nichtselbständige Tätigkeit:

Bezeichnung der Tätigkeit			
Art der Tätigkeit <input type="checkbox"/> Angestellte/r <input type="checkbox"/> Beamtin/Beamter <input type="checkbox"/> Vertreter/in <input type="checkbox"/> Vorbereitungsassistent/in <input type="checkbox"/> Weiterbildungsassistent/in Fachgebiet: <input type="checkbox"/> Entlastungsassistent/in			
Art der Tätigkeit Behandelnde (kurative) Tätigkeit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Leitende Tätigkeit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Liquidationsberechtigung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> Arbeitgeber Name Straße/Hausnummer PLZ/Ort Telefon Telefax E-Mail </td> <td style="width: 50%; border: none;"> Beschäftigungsbeginn Datum Durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit Stunden </td> </tr> </table>		Arbeitgeber Name Straße/Hausnummer PLZ/Ort Telefon Telefax E-Mail	Beschäftigungsbeginn Datum Durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit Stunden
Arbeitgeber Name Straße/Hausnummer PLZ/Ort Telefon Telefax E-Mail	Beschäftigungsbeginn Datum Durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit Stunden		

Weitere nichtselbständige Tätigkeit:

Bezeichnung der Tätigkeit	
Art der Tätigkeit <input type="checkbox"/> Angestellte/r <input type="checkbox"/> Beamtin/Beamter <input type="checkbox"/> Vertreter/in <input type="checkbox"/> Vorbereitungsassistent/in <input type="checkbox"/> Weiterbildungsassistent/in Fachgebiet:	
<input type="checkbox"/> Entlastungsassistent/in	
Art der Tätigkeit Behandelnde (kurative) Tätigkeit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Leitende Tätigkeit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Liquidationsberechtigung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Arbeitgeber Name	Beschäftigungsbeginn Datum
Straße/Hausnummer	Durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit Stunden
PLZ/Ort	
Telefon Telefax	
E-Mail	

Keine Berufsausübung

<input type="checkbox"/> Keine Berufsausübung seit	Grund*):
--	----------------------------

*) Freiwillige Angabe

Als ANLAGEN sind dem Meldebogen nachfolgende Zeugnisse/Bescheinigungen beizufügen:

Die mit ¹⁾ gekennzeichneten Unterlagen sind als Originalurkunde oder in amtlich beglaubigter Abschrift/Fotokopie der Urkunde vorzulegen.

- Beruflicher Werdegang^{*)}
- Zahnärztliche Approbation ¹⁾
- Ärztliche Approbation ¹⁾
- Promotionsurkunde/n zum Dr. med. dent. ¹⁾
- Promotionsurkunde/n zum Dr. med. ¹⁾
- Sonstige Promotionen anderer Fakultäten ¹⁾
- Habilitationsurkunde/n ¹⁾
- Ggf. staatliche Anerkennung als Dentist ¹⁾
- Ausländisches Staatsexamen/Diplom als Zahnarzt im Original und in deutscher Sprache ¹⁾
- Zeugnis über die Anerkennung als Fachzahnarzt für ¹⁾
- Zeugnis über die Anerkennung als Fachzahnarzt für ¹⁾
- Zeugnis über die Anerkennung als Facharzt für ¹⁾
- Berufserlaubnis für ausländische Zahnärzte gemäß § 13 Zahnheilkundengesetz ¹⁾
- Genehmigung zum Führen eines ausländischen Titels im Original und in deutscher Sprache ¹⁾
- Genehmigung zum Führen eines deutschsprachigen Master of Science/ Master of Arts ¹⁾
- Genehmigung zum Führen eines ausländischen Master of Science/ Master of Arts im Original und in deutscher Sprache ¹⁾
- Nachweis einer Berufshaftpflichtversicherung
-
-

Ich

- war bisher noch bei keiner (Landes)Zahnärztekammer in Deutschland gemeldet.
- war bis zum bei der (Landes)Zahnärztekammer
in gemeldet.
- bin durch meine Haupttätigkeit bei der (Landes)Zahnärztekammer
in gemeldet.

....., den

(Ort) (Datum)

.....
(Unterschrift, ggf. Praxisstempel)

^{*)} Freiwillige Angabe