



Landeszahnärztekammer  
Baden-Württemberg  
Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Postfach 800 654  
70506 Stuttgart

**Antrag auf Ausstellung eines Zahnarztausweises der  
Landeszahnärztekammer Baden-Württemberg**

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

<b>Erstbeantragung des Zahnarztausweises</b>	<b>- kostenlos</b>
<b>Beantragung des Zahnarztausweises aufgrund Namensänderung</b>	<b>- kostenlos</b>
<b>Beantragung des Zahnarztausweises wegen Verlust</b>	<b>30,- Euro</b>
<b>Beantragung des Zahnarztausweises aus sonstigen Gründe</b>	<b>30,- Euro</b>

(Adressänderung, Erhalt/Änderung akademischer Titel, Erneuerung, etc.)

Name:

Vorname:

Akademische Titel und Grade:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Privatanschrift:  
PLZ/Ort:

Straße, Hausnummer:

Ich bin Mitglied der Bezirkszahnärztekammer:

Freiburg

Karlsruhe

Stuttgart

Tübingen

Ein Farb-Passbild

füge ich im Original bei

übersende ich per Mail an [zahnarztausweis@lzk-bw.de](mailto:zahnarztausweis@lzk-bw.de)  
(JPEG in 300dpi, Größe 35 x 46 mm)

Gilt für Änderungsanträge:

Den alten Ausweis füge ich diesem Antragsformular bei.

Ich bitte Sie den alten Zahnarztausweis ungültig zu machen und an mich zurückzusenden.

Ort, Datum

Unterschrift

Bearbeitungsvermerk  
(wird von der Geschäftsstelle der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg ausgefüllt)

Zahnarztausweis der LZK BW ausgestellt am \_\_\_\_\_