



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

### Antrag auf Ausstellung eines Zahnarztausweises der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

- |  |             |
|--|-------------|
| <input type="checkbox"/> Erstbeantragung des Zahnarztausweises                     | - kostenlos |
| <input type="checkbox"/> Beantragung des Zahnarztausweises aufgrund Namensänderung | - kostenlos |
| <input type="checkbox"/> Beantragung des Zahnarztausweises wegen Verlust           | 30,- Euro   |
| <input type="checkbox"/> Beantragung des Zahnarztausweises aus sonstigen Gründe    | 30,- Euro   |

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

Name:

Vorname:

Akademische Titel und Grade:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Privatanschrift:

PLZ/Ort:

Straße, Hausnummer:

Ich bin Mitglied der Bezirks Zahnärztekammer:

- 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 \_\_\_\_\_