



ZAHNÄRZTEKAMMER BERLIN

Zahnärztekammer Berlin  
Mitgliederverwaltung  
Stallstraße 1  
10585 Berlin

Mitgliederverwaltung  
Ihre Ansprechpartnerinnen:  
Petra Bernhardt  
p.bernhardt@zaek-berlin.de  
Daniela Walter  
d.walter@zaek-berlin.de

## Änderungsmitteilung Praxisübergabe oder -verkauf

### Persönliche Angaben

Vor- und Nachname:\* \_\_\_\_\_ Titel: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum:\* \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Praxisanschrift:\* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Praxisübergabe oder -verkauf

Meine Praxis wird zum \_\_\_\_\_ komplett geschlossen.\*

Meine Praxis wird zum \_\_\_\_\_ aufgegeben.\*

Vor- und Nachname der/s neuen Praxis-Inhabers/-in:\* \_\_\_\_\_

### Beschäftigungsart nach Praxisübergabe oder -verkauf\*

vorübergehend ohne zahnärztliche Tätigkeit

Entlastungsassistent/-in

Vertreter/-in

Angestellte/r Zahnärztin oder Zahnarzt nach § 32b      Tätigkeit zum:\* \_\_\_\_\_

Name der Praxis:\* \_\_\_\_\_

Anschrift:\* \_\_\_\_\_

PLZ, Ort:\* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum\*

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Praxisinhabers/-in\*

\* Diese Felder müssen ausgefüllt werden!

Zahnärztekammer Berlin · Mitgliederverwaltung · Stallstraße 1 · 10585 Berlin | Stand: 4.2024