

Zahnärztekammer Berlin  
Mitgliederverwaltung  
Stallstraße 1  
10585 Berlin



Bitte hier  
biometrisches  
Passbild  
(nur Fotopapier)  
aufkleben!

## Den Antrag bitte in BLOCKSCHRIFT ausfüllen!

Titel:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

**Privatanschrift:**

Straße:

Postleitzahl:

Wohnort:

**Bitte legen Sie diesem Antrag bei:**  
(nur von der Zahnärztekammer auszufüllen)

- 1 aktuelles biometrisches Passbild (ca. 3,5 x 4,5)
- beglaubigte Promotionsurkunde
- Urkunde über Namensänderung
- alter Ausweis
- schriftliche Verlustmeldung

**Hinweis:** Der Zahnarzteausweis ist bei Fortzug aus unserem Kammerbereich un-  
aufgefordert oder jederzeit auf Aufforderung an die Zahnärztekammer Berlin  
zurückzugeben. Ein eventueller Verlust des Ausweises muss, zur Vermeidung  
mißbräuchlicher Benutzung, unverzüglich der Zahnärztekammer Berlin ange-  
zeigt werden. Mit Ihrer Unterschrift auf dem Antragformular bestätigen Sie,  
dass Sie die vorgenannten Verpflichtungen zur Kenntnis genommen haben.  
**Unvollständige Anträge können nicht bearbeitet werden.**

Ort, Datum

Unterschrift der Zahnärztin/des Zahnarztes