

Meldebogen

gemäß Berliner Heilberufekammergesetz (BlNHKG) § 4
und Meldeordnung der Zahnärztekammer (ZÄK) Berlin



ZAHNÄRZTEKAMMER BERLIN

Zum Ausfüllen dieses Meldebogens ist jede/r in Berlin berufstätige oder wohnende Zahnärztin/Zahnarzt gemäß dem BlNHKG bzw. der Meldeordnung der ZÄK Berlin verpflichtet. Sämtliche Änderungen der hier gemachten Angaben sind der ZÄK Berlin unverzüglich zu melden. **Bitte ausfüllen bzw. ankreuzen!**

Elektronischer Heilberufsausweis (eHBA) vorhanden

ja

nein

LEAN: Telematik-ID:

Anbieter:

Angaben zur Person

Titel:

Name:

Geburtsname:

Vorname/n:

Geburtstag: Geburtsort:

Geburtsland: Staatsangehörigkeit:

Privatanschrift

Privatanschrift | Straße | Nr.:

PLZ | Ort: Bezirk:

Telefon Festnetz: mobil:

Fax:

private E-Mail:

Angaben zur Praxis (nur bei eigener Praxis)

Spezialpraxis: (z. B. KFO, MKG etc.)

Praxisanschrift | Straße | Nr.:

PLZ | Ort: Bezirk:

Telefon: Fax:

Praxis E-Mail:

Praxis-Website:

Selbstständige kurativ behandelnde Tätigkeit

- Niederlassung**
- in Einzelpraxis
- in Praxisgemeinschaft
- in Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)
- in überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaft (ÜBAG)
- in KZV-bezirksübergreifender Berufsausübungsgemeinschaft (KÜBAG)
- in Privatpraxis seit:

Straße | Nr.:

PLZ | Ort: Bezirk:

Nichtselbstständige Tätigkeit

- Angestellte/Angestellter
- ab: *bei:
- Gesellschafterin/Gesellschafter im Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ)
- ab: *bei:
- Vertragszahnärztin/Vertragszahnarzt im MVZ (GbR)
- ab: *bei:
- Angestellte/Angestellter im MVZ
- ab: *bei:
- Leitungsfunktion ja
- Beamtin/Beamter *oder* Angestellte/Angestellter im öffentlichen Dienst
- ab: *bei:
- Liquidationsberechtigung ja
- Nebeneinkünfte aus beruflicher Tätigkeit ja
- Soldatin/Soldat
- ab: *bei:
- Vertreterin/Vertreter
- ab: *bei:

Entlastungsassistentin/Entlastungsassistent

Ab: *bei:

Vorbereitungsassistentin/Vorbereitungsassistent

ab: *bei:

Weiterbildungsassistentin/Weiterbildungsassistent

ab: *bei:

Fachgebiet:

***Arbeitgeberin/Arbeitgeber**

Name:

Straße | Nr.:

PLZ | Ort:

Keine Berufsausübung

vorübergehend ohne zahnärztliche Tätigkeit seit:

Ausbildung und Titel

Approbations- und Promotionsurkunden etc. (bzw. beglaubigte Abschriften) sind der Zahnärztekammer Berlin einzureichen.

Zahnärztliche Approbation vom: Ort:

Zahnärztliche Promotion vom: Ort:

Ärztliche Approbation vom: Ort:

Ärztliche Promotion vom: Ort:

Von staatlichen Behörden genehmigte Titel und Grade:

ausgestellt am:

Master of Science für: vom:

Habilitation vom: Ort:

Universität: Ort:

Fach(zahn-)ärztin/-arzt für: Datum der Anerkennung:

durch welche Kammer:

Fach(zahn-)ärztin/-arzt für: Datum der Anerkennung:

durch welche Kammer:

Berufserlaubnis nach § 13 ZHG

von wem erteilt: von: bis:

Mitgliedschaft

Mitgliedschaft in anderen Kammern (z. B. Ärztekammer):
seit:

Ich war bisher Mitglied bei der Zahnärztekammer:
bis zum:

Eintrittsdatum in die Zahnärztekammer Berlin:

Mir ist bekannt, dass ich alle Änderungen zu den o. g. Angaben der Zahnärztekammer Berlin binnen eines Monats zu melden habe.


Auszug aus der Berufsordnung der Zahnärztekammer Berlin | § 1 Abs. 11

„Der Zahnarzt ist verpflichtet, sich hinreichend gegen Haftpflichtansprüche im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeit zu versichern.“

Hiermit erkläre ich, dass ich selbst bzw. über meine Arbeitgeberin oder meinen Arbeitgeber mit einem ausreichenden Deckungsumfang gegen Haftpflichtansprüche im Rahmen meiner beruflichen Tätigkeit versichert bin bzw. unverzüglich eine Berufshaftpflichtversicherung abschließen werde.

Ich habe diese Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht:

Berlin,

Unterschrift der Zahnärztin/des Zahnarztes: 



Einverständniserklärung

Ich gebe mein Einverständnis für eine kostenlose Einstellung meiner berufsbezogenen Daten in internetbasierte Zahnarztsuchdienste. Der Grundeintrag in der Zahnarztsuche umfasst meinen Namen, die Praxisadresse und meine Praxistelefonnummer. Für den zusätzlichen Eintrag meiner praxisbezogenen Faxnummer, E-Mail-Adresse, Homepage-Adresse oder zusätzlicher Titel gebe ich mein Einverständnis durch Ankreuzen des jeweiligen Ja-Feldes (nicht Ankreuzen wird als Nein gewertet):

- | | | |
|----------------|--------------------------|--|
| Faxnummer | <input type="checkbox"/> | Ja |
| E-Mail-Adresse | <input type="checkbox"/> | Ja |
| Homepage | <input type="checkbox"/> | Ja |
| MSc | <input type="checkbox"/> | Ja (Originalurkunde muss vorgelegt werden) |

Mit der Verarbeitung und Nutzung meiner Daten durch die Zahnärztekammer Berlin und alle Referate der Zahnärztekammer Berlin bin ich einverstanden.

Mit der Nutzung meiner privaten E-Mail-Adresse für Informationen (Rundschreiben etc.) durch die Zahnärztekammer Berlin erkläre ich mich einverstanden.

Berlin,

Unterschrift der Zahnärztin/des Zahnarztes: 