

# Anlage zur Vertretungsanzeige



von \_\_\_\_\_  
 Name der Vertragszahnärztin / des Vertragszahnarztes

Gemäß § 3 (2) der "Berufsordnung der Zahnärztekammer Hamburg" in Verbindung mit § 2 (1) und § 3 "Hamburgisches Kammergesetz für Heilberufe" ist jede/r Zahnärztin/Zahnarzt, die/der in der Freien und Hansestadt Hamburg den zahnärztlichen Beruf ausübt, verpflichtet, sich unverzüglich bei der Zahnärztekammer Hamburg anzumelden. Sofern noch keine Anmeldung bei der ZÄK Hamburg erfolgt ist, holen Sie diese bitte schnellstmöglich nach (ZÄK-Tel: 040 / 73 34 05 14).

## Persönliche Angaben der Vertreterin / des Vertreters:

1. Name, Vorname, Titel: \_\_\_\_\_
2. Geburtsname: \_\_\_\_\_
3. Geburtsdatum/-ort: \_\_\_\_\_
4. Anschrift: \_\_\_\_\_
5. Telefon / Fax: \_\_\_\_\_
6. Email: \_\_\_\_\_
7. Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_
8. Staatsexamen: Datum: \_\_\_\_\_ Ort/Land: \_\_\_\_\_
9. Approbation: \*) Datum: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_
10. Promotion: \*) Datum: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_
11. ggf. ärztliche Daten: \*) Datum: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_

\*) Approbations- sowie ggf. Promotions- und Fachanerkennungsurkunde(n) bitte beifügen.

## Angaben zur bisherigen zahnärztlichen Tätigkeit (bitte genaue Daten):

Bitte geben Sie auch zahnärztliche Tätigkeiten in Uni-Kliniken, Zahnstationen eines Krankenhauses, des öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Bundeswehr, Zahnkliniken sowie Vertretungstätigkeiten ab 3 Wochen und vertragszahnärztliche Tätigkeiten (Zu- und Niederlassung) an.

Zeitraum von: bis:	Art der zahnärztlichen Tätigkeit:	Vollzeit Teilzeit	Name und Adresse des Arbeitgebers oder bei Selbständigkeit Ort

\_\_\_\_\_  
 Datum

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift der Vertreterin / des Vertreters