



# Zahnärztekammer Hamburg

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Hausanschrift: Möllner Landstraße 31, 22111 Hamburg

Postanschrift: Postfach 74 09 25, 22099 Hamburg

Tel.: 040/73 34 05-0 / Fax.: 040/732 58 28

www.zahnaerzte-hh.de / E-Mail: info@zaek-hh.de

Bitte den Meldebogen deutlich lesbar und in Druckschrift ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen:

- Neuaufnahme** (Erstmitgliedschaft)  
 **Zugang aus dem Kammerbereich:** .....  
Abmeldung bei der bisher zuständigen Zahnärztekammer ist erfolgt:  ja  nein

## 1. Persönliche Daten:

Familienname: ..... ggf. Geburtsname: .....

Vorname: .....

Geburtsdatum: ..... Geburtsort /-land: .....

Staatsangehörigkeit: ..... Familienstand: .....

## 2. Privatanschrift:

Straße: ..... PLZ und Ort: .....

Tel.: ..... E-Mail: .....

## 3. Universitätsausbildung

Examen (Monat/Jahr): .....

Universität: ..... Stadt / Land: .....

## 4. Approbation(en) / Berufserlaubnis

(Bitte beglaubigte Kopien der Urkunde(n) beifügen / siehe Hinweis (\*) auf der letzten Seite)

Approbation als Zahnarzt                      ausgestellt am: ..... in: .....

Berufserlaubnis (§13 ZHG)    für Hamburg gültig vom: ..... bis: .....

Approbation als Arzt                              ausgestellt am: ..... in: .....

Genehmigung AiP

Ich bin Mitglied der **Ärzt**ekammer Hamburg ab / seit: .....

## 5. Promotion(en)

(Bitte beglaubigte Kopien der Urkunde(n) beifügen / siehe Hinweis (\*) auf der letzten Seite )

Dr. med. dent. am: ..... Universität: .....

Dr. med.            am: ..... Universität: .....

Sonstiges: .....

Zur Führung von im Ausland verliehenen akademischen Hochschulgraden beachten Sie bitte unbedingt die Hinweise (\*\*) auf der letzten Seite.

## 6. Anerkennungen

(Bitte beglaubigte Kopien der Urkunde(n) beifügen / siehe Hinweis (\*) auf der letzten Seite )

Gebietsbezeichnung Fachzahnarzt/-zahnärztin für **Kieferorthopädie**

am: ..... durch Zahnärztekammer: .....

Gebietsbezeichnung Zahnarzt/Zahnärztin und Fachzahnarzt/-zahnärztin für **Oralchirurgie**

am: ..... durch Zahnärztekammer: .....

Facharzt/-ärztin für **Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie**

am: ..... durch Ärztekammer: .....

## 7. Art und Umfang der Berufsausübung in Hamburg

### 7.1

ohne Tätigkeit seit .....

---

### 7.2

nicht selbständige Tätigkeit ab .....

Assistent/in zur  Vorbereitung  Weiterbildung (\*\*\*)  Entlastung

Vertreter/in

angestellter Zahnarzt / angestellte Zahnärztin

UKE / Klinik (\*\*\*) in der Funktion als ..... liquidationsberechtigt  ja  nein

Hospitant/in oder Gastarzt/-ärztin / Gastzahnarzt/-zahnärztin (\*\*\*)

Öffentlicher Dienst / Funktion: .....

Bundeswehr als  Wehrpflichtiger  Zeitsoldat/in  Berufssoldat/in  Zivil-Angestellte/r (\*\*\*)

Sonstiges: .....

Name des Arbeitgebers: .....

ggf. Dienststelle / Abteilung: .....

Straße: ..... PLZ, Ort: .....

Tel.: .....

(\*\*\*) im Rahmen einer Weiterbildung  **FZA Kieferorthopädie**  **FZA Oralchirurgie**

nach Weiterbildungs- und Prüfungsordnung, dann bisherigen Weiterbildungsverlauf  
(Arbeitgeber / Dienststelle / von - bis) angeben:

.....

.....

.....

7.3

selbständige Tätigkeit / niedergelassen in Hamburg ab .....

**Praxisanschrift:**

Straße: ..... PLZ, Ort: .....

Tel.: ..... E-Mail: .....

Praxishomepage: .....

Praxisneugründung  Praxisübernahme von .....

Einstieg in eine fortbestehende Praxis und Bildung einer

Praxisgemeinschaft mit .....

(überörtliche / überregionale) Berufsausübungsgemeinschaft mit:

.....

KZV-Abrechnungsnummer .....  keine Zulassung, Privatpraxis

7.4

**Wenn Sie an mehreren Praxissitzen (Zweit-/Drittpraxis) oder zusätzlich im Angestelltenverhältnis praktizieren, geben Sie bitte die Anschriften an:**

**weitere Praxisanschrift:**

Straße: ..... PLZ, Ort: .....

Tel.: .....

niedergelassen seit: .....

angestellt seit: ..... Name des Arbeitgebers: .....

**weitere Praxisanschrift:**

Straße: ..... PLZ, Ort: .....

Tel.: .....

niedergelassen seit: .....

angestellt seit: ..... Name des Arbeitgebers: .....

**weitere Praxisanschrift:**

Straße: ..... PLZ, Ort: .....

Tel.: .....

niedergelassen seit: .....

angestellt seit: ..... Name des Arbeitgebers: .....

**8. Sonstige Angaben und Bemerkungen**

.....  
.....

**(\*) Hinweis:** Die Vorlage der Urkunden bzw. die Übersendung von beglaubigten Kopien ist nur erforderlich, wenn diese der bisher zuständigen Zahnärztekammer noch nicht vorgelegt wurden.

Diesem Meldebogen füge ich **beglaubigte** Fotokopien folgender Urkunden bei:

- zahnärztliche Approbation
- ärztliche Approbation
- Promotionsurkunde(n)
- Berufserlaubnis
- Anerkennung Kieferorthopädie / Oralchirurgie
- Facharztanerkennung

**(\*\*) Die Führung ausländischer akademischer Grade** richtet sich nach § 69 des Hamburgischen Hochschulgesetzes (HmbHG). Wenn eine Einzelfallgenehmigung **vor dem 18.07.2001** durch das Hochschulamt Hamburg oder vergleichbare Landesbehörden eines anderen Bundeslandes erteilt wurde, bitte

- beglaubigte Kopie der Genehmigung

beifügen. Wenn keine Einzelfallgenehmigung bzw. in einem anderen Bundesland eine Genehmigung **ab 18.07.2001** erteilt wurde, bitte folgende Unterlagen (Originale oder beglaubigte Fotokopien) beifügen:

- Verleihungsurkunde
- Übersetzung eines vereidigten Dolmetschers und
- Transliteration des Titels, wenn die Urkunde nicht in lateinischer Schrift verfasst ist.

**Einverständniserklärung:**

*Mir ist bekannt und ich bin darüber unterrichtet, dass die Weitergabe der in diesem Meldebogen enthaltenen Daten datenschutzrechtlich geschützt sind. Ich bin jedoch damit einverstanden, dass meine Daten oder Teile hiervon übermittelt werden an:*

1. Bundeszahnärztekammer - Bundesverband der Deutschen Zahnärzte e.V. - für die Gesamtstatistik der Zahnärzte und für den Bezug der "Zahnärztlichen Mitteilungen (ZM)",
2. Deutsche Krankenversicherung (DKV) als Vertragspartner des Gruppenversicherungsvertrages,
3. Kassenzahnärztliche Vereinigung Hamburg (KZVH), soweit die Daten zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der KZV Hamburg erforderlich sind,
4. Versorgungswerk der Zahnärztekammer Hamburg.

*Ich erkläre mich außerdem damit einverstanden, dass meine vollständigen Mitgliedsunterlagen bei einem Wechsel in einen anderen Kammerbereich an die nachfolgend zuständige Zahnärztekammer weitergegeben werden.*

*Ich bin berechtigt, diese Erklärung ganz oder teilweise jederzeit widerrufen zu können. Ich bin ferner berechtigt, von der Zahnärztekammer Hamburg jederzeit Auskunft über die Verwendung der Daten verlangen zu können.*

Der Meldebogen wurde von mir persönlich ausgefüllt, die Angaben wurden nach bestem Wissen gemacht.

Hamburg, den .....

Unterschrift: .....

**Wird durch die Kammergeschäftsstelle ausgefüllt:**

Mitgliedsnummer: .....

Mitglied ab: .....

Beitragsgruppe: .....

Mitglied Ärztekammer  ja  nein

Beitrag EUR: ..... ab .....

Ortsteil: ..... Bezirksgruppe: .....

nach  Praxissitz  Wohnsitz  Arbeitgeber

QM-CD  Einzugsermächtigung  Bezirksgruppenliste  Kommunikationsliste  Ausweiskarte  Fotos

Sonstiges: