



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

Neuaufnahme (Erstmitgliedschaft einer Zahnärztekammer)
Zugang aus dem Kammerbereich: / ggf. BezStelle
Bitte melden Sie sich bei Ihrer bisher zuständigen Zahnärztekammer ab/um.

1. Persönliche Daten: männlich weiblich divers
Familienname: ggf. Geburtsname:
Vorname: Geburtsort:
Geburtsdatum: Geburtsland:
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:
Ich bin doppelapprobiert und Mitglied der Ärztekammer 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 die Hinweise (**) auf der letzten Seite.

eHBA (elektronischer Heilberufsausweis): ausstellende Kammer:
Falls bekannt:
LEAN Telematik-ID:

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 (mehrere Angaben möglich)

7.1

ohne Tätigkeit seit bis

7.2

nicht selbständige Tätigkeit (bitte achten Sie auf die KZV Genehmigung):

Assistent/in zur

Vorbereitung Entlastung Weiterbildung (***) ab: bis:

angestellter Zahnarzt / angestellte Zahnärztin ab: bis:

Vertreter/in Praxisinhaber/in Vertreter/in z.B. einer schwangeren Zahnärztin

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

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

Öffentlicher Dienst / Funktion:

Bundeswehr als:

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

Praxismgemeinschaft 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:

8. Sonstige Angaben und Bemerkungen

.....
.....

Folgende **Urkunden/Unterlagen** füge ich dem Meldebogen bei:

- zahnärztliche Approbation (beglaubigte Kopie)
- ärztliche Approbation (beglaubigte Kopie)
- Promotionsurkunde(n) (beglaubigte Kopie)
- Anerkennung als Fachzahnarzt Kieferorthopädie / Fachzahnarzt Oralchirurgie (beglaubigte Kopie)
- Facharztanerkennung (beglaubigte Kopie)
- Fachkundenachweis Röntgen Ersterwerb / Aktualisierung(en) einfache Kopie)
- Berufserlaubnis (§13 ZHG) (beglaubigte Kopie)
- Passbild (digital an mitgliederverwaltung@zaek-hh.de)

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

() 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 (beglaubigte Fotokopien) beifügen:

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

HmbKGGH § 3 Meldepflichten (1) Die Kammermitglieder sind verpflichtet, der zuständigen Kammer unverzüglich folgende Angaben zu machen und die erforderlichen Nachweise vorzulegen: 1. Familienname, Geburtsname, Vornamen, Geschlecht, Geburtsdatum, Staatsangehörigkeit, berufliche und private Anschrift, Telefonnummern, Fax-Nummern, E-Mail-Adressen und andere Daten, die eine Erreichbarkeit gewährleisten, akademische Grade, 2. zuerkannte Weiterbildungsbezeichnungen, Gebiete und Teilgebiete sowie psychotherapeutische Verfahren, in denen die heilberufliche Tätigkeit ausgeübt wird, 3. Datum und ausstellende Behörde der Approbation oder Berufserlaubnis, 4. Art und Orte der Berufsausübung sowie Arbeitgeber, sowie die jeweiligen Änderungen mitzuteilen.

Die uns vorliegenden Daten werden entsprechend des **HmbKGGH § 4 - Verarbeitung von Daten** genutzt und weitergegeben.

Einverständniserklärung:

Die in diesem Meldebogen enthaltenen Daten sind datenschutzrechtlich geschützt. Ich bin jedoch damit einverstanden, dass meine Daten oder Teile hiervon übermittelt werden an:

1. *Bundeszahnärztekammer – Arbeitsgemeinschaft der deutschen Zahnärztekammern, für die Gesamtstatistik der Zahnärzte und für den Bezug der "Zahnärztlichen Mitteilungen (ZM)",*
2. *Kassenzahnärztliche Vereinigung Hamburg (KZVH), soweit die Daten zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der KZV Hamburg erforderlich sind,*
3. *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*
- meine Mailadresse für die Zusendung der Bezirksgruppeninformationen, Kammerrundschreiben, Zahnletter und Newsletter Fortbildung genutzt wird*
- mein Name bei einem Neuzugang und einer Niederlassung im Hamburger Zahnärzteblatt veröffentlicht wird.*

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/Niederlassung Wohnsitz Arbeitgeber

Sonstiges: