



Bezirks Zahnärztekammer Pfalz
Donnersbergweg 2
67059 Ludwigshafen

Ansprechpartner: Manuela Anton
Tel.: 0621 5929825-121
Fax: 0621 5929825-155
E-Mail: mitglieder@bzk-pfalz.de

ANMELDUNG ZUR MITGLIEDSCHAFT

Dieser Fragebogen dient zur Aufnahme der Stammdaten sowohl für die Bezirks Zahnärztekammer Pfalz als auch für die Landes Zahnärztekammer Rheinland-Pfalz (LZK). Den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Meldebogen senden Sie bitte mit Ihren persönlichen Unterlagen (ausschließlich beglaubigte Kopien) an oben genannte Anschrift. Achten Sie bitte auf die Vollständigkeit der Unterlagen!

Änderungen Ihrer Daten bitten wir der BZK-Pfalz unverzüglich schriftlich mitzuteilen.

-Bitte in Druckschrift oder am PC ausfüllen -

1. ART DES ZUGANGS / WEITERE KAMMERMITGLIEDSCHAFTEN:		
<input type="checkbox"/> Neuaufnahme (Erstmitgliedschaft) Bitte nur ankreuzen, wenn Sie sich zum ersten Mal bei <u>einer</u> Zahnärztekammer anmelden.		
<input type="checkbox"/> Zugang aus dem Kammerbereich: _____ Wenn Sie bereits Mitglied in einer anderen LZK oder rheinland-pfälzischen BZK waren, geben Sie bitte den Namen der Kammer an. (ggf. ergänzt um die Angabe ZBV bei Zugang aus dem Kammerbereich Bayern, Bezirksstelle bei Zugang aus dem Kammerbereich Nordrhein, BZK bei Zugang aus dem Kammerbereich Baden-Württemberg). <u>Hinweis:</u> Die Abmeldung bei der bisher zuständigen Zahnärztekammer und der Versand der Mitgliedsakte an die zukünftig zuständige Kammer sind durch Sie zu veranlassen.		
<input type="checkbox"/> Doppelmitgliedschaft: Weitere Mitgliedschaft besteht in der Zahn-/Ärztekammer: _____ Ich beantrage die Ermäßigung des Kammerbeitrages wegen gleichzeitiger Pflichtmitgliedschaft in einer Zahnärztekammer eines anderen Bundeslandes oder in einer Ärztekammer. <u>Hinweis:</u> Betrifft nur Zahnärzte/-ärztinnen, die der Beitragsgruppe 1 oder 2 zuzuordnen sind. Bitte Mitgliedsbescheinigung der anderen Kammer beilegen.		
2. PERSÖNLICHE ANGABEN:		
Anrede:	Titel:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Familiename:		ggf. Geburtsname:
Vorname(n):		Geburtsdatum:
Staatsangehörigkeit:		Geburtsort /-land:
3. PRIVATANSCHRIFT:		
PLZ:	Ort:	Straße:
Telefon:		Mobil:
Private E-Mail:		

Hinweis zu den Ziffern 4, 5 und 6: Bitte beglaubigte Kopien der Urkunden beifügen.

4. UNIVERSITÄTSAUSBILDUNG / APPROBATION(EN) / BERUFSERLAUBNIS:			
Universität: _____			
Ort / Land: _____		ausgestellt am: _____	
Approbation als Zahnarzt/Zahnärztin (ausgestellt am / in): _____			
Approbation als Arzt/Ärztin (ausgestellt am / in): _____			
Berufserlaubnis (§ 13 ZHG) für Rheinland-Pfalz gültig vom: _____		bis: _____	
5. PROMOTION(EN):			
<input type="checkbox"/> Dr. med. dent. am: _____ Universität: _____			
<input type="checkbox"/> Dr. med. am: _____ Universität: _____			
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____			
Die Führung ausländischer akademischer Grade, Ehrenggrade, Hochschultitel oder -Bezeichnungen richtet sich nach § 31 HochSchG RLP . Gemäß § 132a StGB ist es strafbar, unbefugt inländische oder ausländische Dokortitel zu führen. Für Auskünfte zur Rechtslage können Sie sich an das rheinland-pfälzische Ministerium für Wissenschaft und Gesundheit unter www.mwg.rlp.de/themen/wissenschaft/internationalisierung/im-ausland-erworbene-akademische-grade wenden.			
<input type="checkbox"/> Verleihungsurkunde		<input type="checkbox"/> ggf. Übersetzung eines vereidigten Dolmetschers	
6. FACHZAHNÄRZTLICHE GEBIETSBEZEICHNUNGEN:			
<input type="checkbox"/> Fachzahnarzt/-zahnärztin für Kieferorthopädie am: _____ durch Zahnärztekammer: _____			
<input type="checkbox"/> Fachzahnarzt/-zahnärztin für Oralchirurgie am: _____ durch Zahnärztekammer: _____			
<input type="checkbox"/> Fachzahnarzt/-zahnärztin für Parodontologie am: _____ durch Zahnärztekammer: _____			
<input type="checkbox"/> Fachzahnarzt/-zahnärztin für öffentliches Gesundheitswesen			
<input type="checkbox"/> Sonstige fachzahnärztliche Gebietsbezeichnung: _____ am: _____ durch Zahnärztekammer: _____			
<input type="checkbox"/> Facharzt/-ärztin für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie am: _____ durch Ärztekammer: _____			
7. ART UND UMFANG DER BERUFS AUSÜBUNG IN RHEINLAND-PFALZ:			
<input type="checkbox"/> SELBSTSTÄNDIGE TÄTIGKEIT			
ANGABEN ZUR TÄTIGKEIT	niedergelassen ab _____		<input type="checkbox"/> KZV-Zulassung: <input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> beantragt
	Anzahl Std./ Woche _____		<input type="checkbox"/> keine KZV-Zulassung, ausschließlich Privatpraxis
PRAXISANSCHRIFT	Name: _____		Straße: _____
	PLZ: _____	Ort: _____	Telefon: _____
	Praxis-E-Mail: _____		
PRAXISFORM	<input type="checkbox"/> Praxisneugründung		<input type="checkbox"/> Praxisübernahme von: _____
	<input type="checkbox"/> Einzelpraxis		
	<input type="checkbox"/> Berufsausübungsgemeinschaft mit (alle Partner angeben) _____		
	<input type="checkbox"/> BAG <input type="checkbox"/> ÜBAG <input type="checkbox"/> KÜBAG		
An weiteren Praxisorten der BAG / ÜBAG / KÜBAG (PLZ, Ort, Straße):			
_____ bin ich zahnärztlich <input type="radio"/> tätig <input type="radio"/> nicht tätig		_____ bin ich zahnärztlich <input type="radio"/> tätig <input type="radio"/> nicht tätig	

	<input type="checkbox"/> Praxisgemeinschaft mit (alle Partner angeben): _____ _____	
	<input type="checkbox"/> Zweigpraxis (Hauptpraxisort in): _____	
<input type="checkbox"/> TÄTIGKEIT IN EINEM MEDIZINISCHEN VERSORGUNGSZENTRUM		
ANGABEN ZUR TÄTIGKEIT	Tätigkeitsbeginn am: _____	Umfang der Tätigkeit: _____ Std./Woche
	<input type="checkbox"/> Leitende Position als zahnärztlich tätige/r: <input type="checkbox"/> geschäftsführende/r Gesellschafter/in <input type="checkbox"/> Gesellschafter/in <input type="checkbox"/> Geschäftsführer/in <input type="checkbox"/> zahnärztliche/r Leiter/in	Eigene KZV-Zulassung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> angestellter Zahnarzt / angestellte Zahnärztin (nach § 32b ZV-Z) in nicht leitender Position	
	<input type="checkbox"/> Assistent/in zur: <input type="checkbox"/> Vorbereitung <input type="checkbox"/> Weiterbildung (im Sinne der WBO der LZK) <input type="checkbox"/> Entlastung	
ANSCHRIFT MVZ	Name: _____	Straße: _____
	PLZ: _____	Ort: _____
	Telefon: _____	
<input type="checkbox"/> NICHTSELBSTSTÄNDIGE TÄTIGKEIT		
ANGABEN ZUR TÄTIGKEIT	Tätigkeitsbeginn am: _____	Umfang der Tätigkeit: _____ Std./Woche
	<input type="checkbox"/> Assistent/in zur: <input type="checkbox"/> Vorbereitung <input type="checkbox"/> Weiterbildung (im Sinne der WBO der LZK) <input type="checkbox"/> Entlastung	
	<input type="checkbox"/> Vertreter/in (§ 32 Abs. 1 Z-ZV)	
	<input type="checkbox"/> angestellter Zahnarzt / angestellte Zahnärztin (§ 32b ZV-Z)	
	<input type="checkbox"/> (Universitäts-)Klinik / Funktion: _____ liquidationsberechtigt <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> Öffentlicher Dienst / Funktion: _____	
	<input type="checkbox"/> Bundeswehr / Funktion: _____ liquidationsberechtigt <input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	
	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	
ARBEITGEBER	Titel, Familienname und Vorname des Arbeitgebers / niedergelassenen Zahnarztes: _____	
	ggf. Name der Institution / Klinik / Gesellschaft / BAG etc.: _____ _____	
	Dienststelle/ Abteilung: _____	
	PLZ: _____	Ort: _____
	Straße: _____	
	Telefon: _____	

8. WEITERE SEIT DER APPROBATION AUSGEÜBTE ZAHNÄRZTLICHE TÄTIGKEITEN:
(ggf. bitte auf Beiblatt ergänzen)

In unselbstständiger Stellung als Assistent/in, angestellte/r Zahnarzt/ärztin oder Vertreter nach § 32 Abs. 1 ZV-Z (auch im öffentlichen Gesundheitsdienst, Zahnkliniken oder Zahnstationen der Bundeswehr)

von	bis *	Name und Anschrift des Arbeitgebers	als	Kammerbereich

Als niedergelassene/r Zahnarzt/ärztin

von	bis *	Anschrift der Praxis	Kammerbereich

* Ist unter „bis“ kein Datum eingetragen, besteht die Tätigkeit auch nach Aufnahme der unter Ziffer 8 angezeigten Tätigkeit fort.

9. ANLAGEN

Diesem Meldebogen füge ich beglaubigte Kopien folgender Urkunden bei:

<input type="checkbox"/> zahnärztliche Approbation	<input type="checkbox"/> Anerkennung Fachzahnarzt/-ärztin
<input type="checkbox"/> Berufserlaubnis nach § 13 ZHG für RLP	<input type="checkbox"/> Nachweis Fachkunde im Strahlenschutz und ggf. letzte Aktualisierung (Hinweis zur Röntgenberechtigung für ausländische Abschlüsse auf www.lzk.de)
<input type="checkbox"/> ärztliche Approbation	<input type="checkbox"/> Sonstiges _____
<input type="checkbox"/> Promotionsurkunde(n)	

10. DATENSCHUTZ UND EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNGEN:

Die Daten werden aufgrund § 3 Abs. 10 Heilberufsgesetz Rheinland-Pfalz in Verbindung mit § 4 der Hauptsatzung der LZK, § 2 der Hauptsatzung BZK Pfalz erhoben. Sowohl die LZK als auch die BZK Pfalz sind zur Verarbeitung der von Ihnen angegebenen Daten aufgrund ihrer gesetzlichen Funktion berechtigt. Dabei werden die datenschutzrechtlichen Vorgaben selbstverständlich beachtet.

Wir geben Ihre Daten nur in den durch Gesetz vorgesehenen Fällen an Dritte weiter (u.a. LZK, KZV, Versorgungseinrichtung, Gesundheitsamt, Aufsichtsbehörden). Für die Weitergabe Ihrer Daten an die folgenden Empfänger brauchen wir Ihr Einverständnis:

- Bundeszahnärztekammer für die Gesamtstatistik der Zahnärzte und für den Bezug der Zahnärztlichen Mitteilungen (ZM),
- LAGZ RLP für Informationen zur Gruppenprophylaxe,
- andere Zahnärztekammer bei Wechsel in einen anderen Kammerbereich,
- Bayerische Ärzteversorgung, München,
- zuständigen Kreisvorsitzenden.

Ich stimme der Weitergabe meiner Daten an die oben genannten Empfänger zu. Mir ist bekannt, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die BZK Pfalz widerrufen kann (§ 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist ebenso bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (§ 7 Abs. 3 S. 2 DSGVO).

Ort / Datum

Unterschrift

Bitte kreuzen Sie bei Interesse an:

* Ausgenommen sind Vorbereitungs- und Entlastungsassistenten

- Ich erkläre mich außerdem damit einverstanden, dass meine beruflichen Kontaktdaten (Anschrift, Telefonnummer und Website der Praxis) sowie beruflichen Angaben (Fachgebiet, Tätigkeitsschwerpunkte) in der Zahnarztsuche auf der _____ Internetseite der _____ LZK veröffentlicht werden.

Mir ist bekannt, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die LZK widerrufen kann (§ 7 Abs. 3 DSGVO).

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

Ort / Datum

Unterschrift

11. BERUFSHAFTPFLICHTVERSICHERUNG

(ausgenommen die durch den Zulassungsausschuss der KZV RLP genehmigten niedergelassenen und angestellten Zahnärzte/-ärztinnen)

Gem. § 22 Abs. 1 Ziff. 2 des HeilBG-RLP haben sich die Kammermitglieder gegen die sich aus der Ausübung ihres Berufes ergebenden Haftpflichtansprüche angemessen zu versichern. Die Kammer ist gegenüber Haftpflichtversicherern zuständige Meldestelle bezüglich des Nichtbestehens oder der Beendigung von Versicherungsverhältnissen und gehalten, bei Missachtung der Berufspflicht eines angemessenen Haftpflichtversicherungsschutzes, geeignete berufsordnungsrechtliche Maßnahmen einzuleiten und die zuständige Berufsaufsichtsbehörde zu informieren. Der Nachweis über den Versicherungsschutz ist bei der zuständigen Meldestelle auf deren Verlangen zu erbringen.

- Ich versichere, dass ich gemäß [§ 22 Abs. 1 Nr. 2 Heilberufsgesetz Rheinland-Pfalz](#) ausreichend gegen Haftpflichtansprüche aus meiner selbständigen / nicht selbständigen beruflichen Tätigkeit versichert bin.

Ort / Datum

Unterschrift

Rücksendung an:

Bezirkszahnärztekammer Pfalz
Mitgliederverwaltung
Donnersbergweg 2
67059 Ludwigshafen