



Korrespondenzadresse: BZK Rheinhausen, Wilhelm-Theodor- Römheld-Str. 24, 55130 MAINZ
Mitgliederverwaltung: Heike Schindler, Tel. 0 61 31/49085-22, Fax. 0 61 31/49085-12, E-Mail: mitglieder@bzkr.de

Vermerke der BZK:

Mitgliedsnummer: _____

Beitragsgruppe BZK: _____

Mitgliedschaft ab: _____

Beitragsgruppe LZK RLP: _____

ANMELDUNG ZUR MITGLIEDSCHAFT

Dieser Fragebogen dient zur Aufnahme der Stammdaten sowohl für die **Bezirks Zahnärztekammer Rheinhausen** 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 Rheinhausen unverzüglich schriftlich mitzuteilen.

- Bitte in Druckschrift oder am PC ausfüllen -

1. ART DES ZUGANGS / WEITERE KAMMERMITGLIEDSCHAFTEN		
☐ Neuaufnahme (Erstmitgliedschaft) Bitte nur ankreuzen, wenn Sie sich zum ersten Mal bei <u>einer</u> Zahnärztekammer anmelden.		
☐ 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.		
☐ 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: _____ ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers	
Familienname: _____		ggf. Geburtsname: _____
Vorname(n): _____		Geburtsdatum: _____
Staatsangehörigkeit: _____		Geburtsort /-land: _____
3. PRIVATANSCHRIFT		
PLZ: _____	Ort: _____	Straße: _____
Telefon: _____		Mobil: _____
Private E-Mail (381): _____ u.a. für den Versand von öffentlichen Mitteilungen wie z.B. das Rundschreiben der zuständigen BZK und persönliche / vertrauliche Korrespondenz		

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

4. STUDIENABSCHLUSS / APPROBATION(EN) / BERUFSERLAUBNIS

Studienabschluss Ort/Land: _____

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)

☐ **Dr. med. dent.** am: _____ Universität: _____

☐ **Dr. med.** am: _____ Universität: _____

☐ **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, Weiterbildung und Gesundheit wenden:

<https://mwwg.rlp.de/themen/wissenschaft/internationalisierung/im-ausland-erworbene-akademische-grade>

☐ Verleihungsurkunde ☐ ggf. Übersetzung eines vereidigten Dolmetschers

6. FACHZAHNÄRZTLICHE GEBIETSBEZEICHNUNGEN

☐ Fachzahnarzt/-zahnärztin für Kieferorthopädie am: _____ durch Zahnärztekammer: _____

☐ Fachzahnarzt/-zahnärztin für Oralchirurgie am: _____ durch Zahnärztekammer: _____

☐ Fachzahnarzt/-zahnärztin für Parodontologie am: _____ durch Zahnärztekammer: _____

☐ Fachzahnarzt/-zahnärztin für öffentliches Gesundheitswesen

☐ Sonstige fachzahnärztliche Gebietsbezeichnung: _____
am: _____ durch Zahnärztekammer: _____

☐ Facharzt/-ärztin für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie am: _____ durch Ärztekammer: _____

7. ART UND UMFANG DER BERUFS AUSÜBUNG IN RHEINLAND-PFALZ

☐ SELBSTSTÄNDIGE TÄTIGKEIT

ANGABEN ZUR TÄTIGKEIT

niedergelassen ab _____

Anzahl Std./ Woche _____

☐ KZV-Zulassung: ☐ liegt vor ☐ beantragt

☐ keine KZV-Zulassung, ausschließlich Privatpraxis

PRAXISANSCHRIFT

Name: _____

Straße: _____

PLZ: _____

Ort: _____

Telefon: _____

Praxis-E-Mail (385): _____

☐ Praxisneugründung

☐ Praxisübernahme von: _____

PRAXISFORM

☐ Einzelpraxis

☐ Berufsausübungsgemeinschaft mit (alle Partner angeben) _____

☐ BAG ☐ ÜBAG ☐ KÜBAG

An weiteren Praxisorten der BAG / ÜBAG / KÜBAG (PLZ, Ort, Straße):

_____ bin ich zahnärztlich ☐ tätig ☐ nicht tätig

_____ bin ich zahnärztlich ☐ tätig ☐ nicht tätig

	☐ Praxisgemeinschaft mit (alle Partner angeben): _____ _____ _____		
	☐ Zweigpraxis (Hauptpraxisort in): _____		
☐ TÄTIGKEIT IN EINEM MEDIZINISCHEN VERSORGUNGSZENTRUM			
ANGABEN ZUR TÄTIGKEIT	Tätigkeitsbeginn am: _____		Umfang der Tätigkeit: _____ Std./Woche
	☐ Leitende Position als zahnärztlich tätige/r: ☐ geschäftsführende/r Gesellschafter/in ☐ Gesellschafter/in ☐ Geschäftsführer/in ☐ zahnärztliche/r Leiter/in		Eigene KZV-Zulassung: ☐ ja ☐ nein
	☐ angestellter Zahnarzt / angestellte Zahnärztin (nach § 32b ZV-Z) in nicht leitender Position ☐ in Weiterbildung (im Sinne der WBO der LZK)		
	☐ Assistent/in zur: ☐ Vorbereitung ☐ Entlastung		
	Name: _____		Straße: _____
	PLZ: _____	Ort: _____	Telefon: _____
ANSCHRIFT MVZ			
☐ NICHTSELBSTSTÄNDIGE TÄTIGKEIT			
ANGABEN ZUR TÄTIGKEIT	Tätigkeitsbeginn am: _____		Umfang der Tätigkeit: _____ Std./Woche
	☐ Assistent/in zur: ☐ Vorbereitung ☐ Entlastung		
	☐ Vertreter/in (§ 32 Abs. 1 Z-ZV)		
	☐ angestellter Zahnarzt / angestellte Zahnärztin (§ 32b ZV-Z) Zulassungsantrag gestellt von: _____ (Name und Vorname des niedergelassenen Zahnarztes – Achtung: Diese Angabe ist notfalldienstrelevant!)		
	☐ in Weiterbildung (im Sinne der WBO der LZK)		
	☐ (Universitäts-)Klinik / Funktion: _____ liquidationsberechtigt ☐ JA ☐ NEIN		
	☐ Öffentlicher Dienst / Funktion: _____		
	☐ Bundeswehr / Funktion: _____ liquidationsberechtigt ☐ JA ☐ NEIN		
	☐ Sonstiges: _____		
	ARBEITGEBER	Titel, Familienname und Vorname des Arbeitgebers / niedergelassenen Zahnarztes: _____ ggf. Name der Institution / Klinik / Gesellschaft / BAG etc.: _____ _____ Dienststelle/ Abteilung: _____	
PLZ: _____		Ort: _____	Straße: _____
Telefon: _____			
☐ OHNE BERUFSTÄTIGKEIT			
	seit: _____		☐ Antrag auf freiwillige Mitgliedschaft ab: _____

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. SONSTIGE ANGABEN UND BEMERKUNGEN

10. ANLAGEN

Diesem Meldebogen füge ich beglaubigte Kopien folgender Urkunden bei:

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

11. DATENSCHUTZ UND EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNGEN

Die Daten werden aufgrund § 3 Abs. 10 Heilberufsgesetz Rheinland-Pfalz in Verbindung mit § 4 der Hauptsatzung der LZK, § 4 Hauptsatzung BZK Rheinhessen erhoben. Sowohl die LZK als auch die BZK Rheinhessen 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,
- DKV Deutsche Krankenversicherung AG im Rahmen eines bestehenden Gruppenversicherungsvertrages BZKR,
- zuständigen Kreisgruppenobleute für BZK Rheinhessen

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 Rheinhessen 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

12. 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

Hinweis zur Meldepflicht der selbständigen Berufsausübung beim Gesundheitsamt

Amtliche Abkürzung: ÖGdG

Ausfertigungsdatum: 17.11.1995

Textnachweis ab: 01.10.2001

Dokumenttyp: Gesetz

Quelle:



Fundstelle: GVBl. 1995, 485

Gliederungs-Nr: 2120-1

Landesgesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGdG) Vom 17. November 1995

§ 14

Berufsaufsicht

(1) **Die Angehörigen der Heilberufe** mit Ausnahme der Apothekerinnen, Apotheker, Tierärztinnen und Tierärzte, die Angehörigen der sonstigen Berufe des Gesundheitswesens sowie Personen, die berufsmäßig Desinfektionen oder Schädlingsbekämpfung vornehmen, **haben Beginn und Beendigung einer selbständigen Berufsausübung unverzüglich dem** für den Ort der Niederlassung zuständigen **Gesundheitsamt anzuzeigen**. In der Anzeige des Beginns der Berufsausübung ist die **Anschrift der Niederlassung** anzugeben und **die Berechtigung zur Ausübung des Berufs und zur Führung der Berufsbezeichnung** nachzuweisen. Anzuzeigen sind auch nachträgliche Änderungen einschließlich der Änderung des Familiennamens.

(2) Die Gesundheitsämter verständigen die für die Berufsaufsicht zuständigen Behörden, wenn die in Absatz 1 Satz 1 genannten Personen ihre Befugnisse nicht einhalten oder ihre sonstigen öffentlich-rechtlichen Berufspflichten nicht erfüllen. Auf Anforderung übermitteln sie den für die Anerkennung von Berufsqualifikationen zuständigen Behörden im Hinblick auf die Verwaltungszusammenarbeit nach Artikel 8 Abs. 1 der Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen (ABl. EU Nr. L 255 S. 22; 2007 Nr. L 271 S. 18; 2008 Nr. L 93 S. 28; 2009 Nr. L 33 S. 49) in der jeweils geltenden Fassung die erforderlichen Informationen über die Anzeige nach Absatz 1. Sie achten ferner darauf, dass niemand unerlaubt die Heilkunde ausübt.

GEBIET	ANSCHRIFT	KONTAKT / INTERNETSEITE
Alzey-Worms (und Stadt Worms)	Kreisverwaltung Alzey-Worms Gesundheitsamt Alzey An der Hexenbleiche 34 55232 Alzey	Telefon: 06731/408-7039 E-Mail: gesundheitsamt@alzey-worms.de Internet: www.kreis-alzey-worms.eu
Mainz-Bingen (und Mainz Stadt)	Kreisverwaltung Mainz-Bingen Abteilung 42a Gesundheitswesen Außenstelle Mainz Isaac-Fulda-Allee 2d 55124 Mainz	Ansprechpartner: Dr. Dietmar Hoffmann Telefon: 06131/69333-4210 E-Mail: abt42@mainz-bingen.de Internet: www.mainz-bingen.de/de/Aemter-Abteilungen/Gesundheit/