Landeszahnärztekammer
Rheinland-Pfalz
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Bezirkszahnärztekammer
Rheinhessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Korrespondenzadresse: BZK Rheinhessen, 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 **Bezirkszahnärztekammer Rheinhessen** als auch für die **Landeszahnärztekammer 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 Rheinhessen 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 einer 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).

Hinweis: 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.

Hinweis: 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, Ehrengrade, Hochschultitel oder -Bezeichnungen richtet sich nach § 31 HochSchG

☐ 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 Berufsausübung 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): _____

Praxisform

☐ Praxisneugründung ☐ Praxisübernahme von: _____

☐ 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

ANSCHRIFT MVZ

Name: _____ | Straße: _____

PLZ: _____ | Ort: _____ | Telefon: _____

☐ 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 O JA O NEIN

☐ Öffentlicher Dienst / Funktion: _____

☐ Bundeswehr / Funktion: _____

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

☐ Als niedergelassene/r Zahnarzt/-ärztin erkläre ich mich außerdem damit einverstanden, dass meine Kontaktdaten sowie beruflichen Angaben 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	**Quelle:**	
Ausfertigungsdatum:	17.11.1995		
Textnachweis ab:	01.10.2001	**Fundstelle:**	GVBl. 1995, 485
Dokumenttyp:	Gesetz	**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/