



## Anmeldung

Nachname: \_\_\_\_\_

ggf. Geburtsname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Geburtsland: \_\_\_\_\_

männlich  weiblich

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

2. Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Familienstand:

verheiratet  geschieden

ledig  verwitwet

getrennt lebend

Fremdsprachenkenntnisse: \_\_\_\_\_

### Privatanschrift

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ|Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Telefax: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

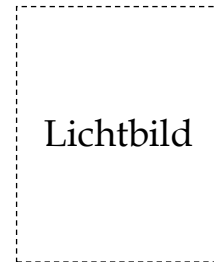
### Praxisanschrift (gilt nur für Niedergelassene)

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ|Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Telefax: \_\_\_\_\_



Lichtbild

An welcher Universität haben Sie das Staatsexamen abgelegt?

\_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_

Approbation erteilt am: \_\_\_\_\_

Ausstellungsort: \_\_\_\_\_

Haben Sie promoviert? (Dr. med. dent.)

Ja  Nein

Promoviert zum: \_\_\_\_\_

Ausstellungsort: \_\_\_\_\_

Berufsausübungserlaubnis gem. § 13 ZHG

erteilt am: \_\_\_\_\_

gültig vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Haben Sie auch als Arzt

1) approbiert? Ja  Nein

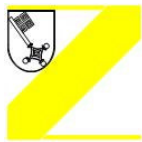
Approbation erteilt am: \_\_\_\_\_

Ausstellungsort: \_\_\_\_\_

2) promoviert? Ja  Nein

Promoviert zum: \_\_\_\_\_

Ausstellungsort: \_\_\_\_\_



**ZAHNÄRZTEKAMMER BREMEN**  
KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

**Führen Sie eine Gebietsbezeichnung nach der Weiterbildungsordnung?**

Ja  Nein

Kieferorthopädin/Kieferorthopäde

anerkannt durch: \_\_\_\_\_

Datum|Ort: \_\_\_\_\_

Zahnärztin/Zahnarzt Oralchirurgie

anerkannt durch: \_\_\_\_\_

Datum|Ort: \_\_\_\_\_

Zahnärztin/Zahnarzt Parodontologie

anerkannt durch: \_\_\_\_\_

Datum|Ort: \_\_\_\_\_

Fachärztin/Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

anerkannt durch: \_\_\_\_\_

Datum|Ort: \_\_\_\_\_

**Ihre zahnärztliche Tätigkeit**

Waren Sie bisher Mitglied einer anderen (Landes)Zahnärztekammer?

Ja  Nein

in der Zahnärztekammer: \_\_\_\_\_

Üben Sie Ihren Beruf gleichzeitig in einem weiteren Kammerbereich aus?

Ja  Nein

Ich bin tätig als:  
niedergelassener Zahnarzt

Angestellter Zahnarzt

Praxisvertreter

Vorbereitungsassistent

Weiterbildungsassistent

Entlastungsassistent

In eigener Praxis niedergelassen  
ggf. früherer Niederlassungsort:

seit/voraussichtlich ab: \_\_\_\_\_

von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

in der Praxis: \_\_\_\_\_

seit/ab: \_\_\_\_\_

im Krankenhaus: \_\_\_\_\_

seit/ab: \_\_\_\_\_

→ sind Sie Liquidationsberechtigt?

Ja

Nein

bei der Bundeswehr: \_\_\_\_\_

seit/ab: \_\_\_\_\_

sonstige: \_\_\_\_\_

seit/ab: \_\_\_\_\_



**ZAHNÄRZTEKAMMER BREMEN**  
KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

**Versorgungswerk:**

Sind Sie bereits Mitglied in einem  
Versorgungswerk?

Ja  seit: \_\_\_\_\_ Nein   
im Versorgungswerk: \_\_\_\_\_

Mitgliedsnummer (falls bekannt): \_\_\_\_\_

Mir ist bekannt, dass ich mit Aufnahme der Kammermitgliedschaft auch **Mitglied im Versorgungswerk der Zahnärztekammer Berlin (VZB)** werde, da die Zahnärztekammer Bremen sich dem Versorgungswerk Berlin angeschlossen hat.

Ich werde mich bezüglich der Formalitäten umgehend mit dem VZB in Verbindung setzen unter 030/93 93 58 - 0 (Anmeldeformulare auch unter [www.VZBerlin.org](http://www.VZBerlin.org)). Mir ist bekannt, dass mir Nachteile entstehen können, wenn die Anmeldung nicht binnen 3 Monaten nach Beginn der Kammermitgliedschaft mit allen notwendigen Formularen insbesondere auch im Hinblick auf die Befreiung von der gesetzlichen Rentenversicherung erfolgt.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

**Die Änderungen meiner persönlichen Daten, meines beruflichen Status, den Wechsel meiner Tätigkeit oder die Beendigung meiner Berufstätigkeit im Lande Bremen werde ich der Zahnärztekammer unverzüglich mitteilen. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner zuvor genannten Angaben.**



**ZAHNÄRZTEKAMMER BREMEN**  
KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

Checkliste für zusätzlich benötigte Unterlagen:

- Approbation als Zahnarzt (in beglaubigter Kopie)
- Promotion zum Dr. med. dent. (in beglaubigter Kopie)
- Anerkennung einer Gebietsbezeichnung nach der Weiterbildungsordnung
- Approbation als Arzt (in beglaubigter Kopie)
- Promotion zum Dr. med. (in beglaubigter Kopie)
- Anerkennung einer ärztlichen Gebietsbezeichnung
- Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des zahnärztlichen Berufs
- Genehmigung zur Führung eines ausländischen Titels
- Erklärung über einen ausreichenden Deckungsschutz aus bestehender Berufshaftpflichtversicherung
- Nachweis über die Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz
- ein Lichtbild im Passbildformat ca. 3,5 cm x 4,5 cm



**ZAHNÄRZTEKAMMER BREMEN**  
KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

Zahnärztekammer Bremen  
Universitätsallee 25  
28359 Bremen  
Telefax: 0421 33303-23  
E-Mail: info@zaek-hb.de

Absender (Stempel):

**Ermächtigung zum Einzug von Gebühren durch Sepa-Lastschriftmandat**

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE32ZZZ00000535318

Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt

Ich ermächtige die Zahnärztekammer Bremen, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Zahnärztekammer Bremen auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name und Anschrift des Kontoinhabers:	
Name der Bank:	
Bank 1:	IBAN: DE
Das Sepa-Lastschriftmandat wird erteilt für:	<input type="checkbox"/> Ausbildung: <input type="checkbox"/> BuS-Dienst <input type="checkbox"/> Fortbildung <input type="checkbox"/> Kammerbeiträge für Frau/Herrn _____ <input type="checkbox"/> Röntgen <input type="checkbox"/> Sonstiges _____
Name der Bank:	
Bank 2:	IBAN: DE
Das Sepa-Lastschriftmandat wird erteilt für:	<input type="checkbox"/> Ausbildung <input type="checkbox"/> BuS-Dienst <input type="checkbox"/> Fortbildung <input type="checkbox"/> Kammerbeiträge für Frau/Herrn _____ <input type="checkbox"/> Röntgen <input type="checkbox"/> Sonstiges _____

Wenn mein Konto nicht die erforderliche Deckung aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht angenommen.



Ort, Datum

Unterschrift

## Erklärung Berufshaftpflichtversicherung

Sehr geehrtes Mitglied,

zur Deckung sich eventuell ergebender Haftpflichtansprüche müssen Sie bei Aufnahme Ihrer Tätigkeit eine Berufshaftpflichtversicherung abschließen. Die Versicherung ist während der gesamten Berufstätigkeit aufrecht zu erhalten. Eine Ausnahme ist nur möglich, wenn die Deckung der Schäden durch eine Betriebshaftpflichtversicherung gewährleistet ist.

Bitte erklären Sie untenstehend der Zahnärztekammer Bremen, dass für Sie ein ausreichender Deckungsschutz aus bestehender Berufshaftpflichtversicherung besteht. Die rechtliche Grundlage ergibt sich aus § 5 Abs. 2 Punkt 11 sowie § 28 Abs. 4 Heilberufsgesetz in Verbindung mit § 4 der Berufsordnung der Zahnärztekammer Bremen.

Ich verfüge über einen ausreichenden Deckungsschutz aus bestehender Berufshaftpflichtversicherung.

Ich bin ausreichend gegen Haftpflichtansprüche durch eine Betriebshaftpflichtversicherung abgesichert.

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Sollten sich Änderungen in der Art der Versicherung ergeben, teile ich dieses der Zahnärztekammer Bremen unverzüglich mit. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner vorstehenden Angaben.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift