



Antrag auf Eintragung in das Zahnarztregister der KZV Hessen

Name/Titel:	Geburtsname:
Vorname:	Geschlecht:
Geburtsdatum:	Geburtsort/Geburtsland:
Staatsangehörigkeit:	Fremdsprachen:
PLZ/Wohnort:	Straße:
Telefon:	E-Mail:
Staatsexamen bestanden am:	
an Hochschule (Stadt/Land):	
Approbation erteilt am:	durch:
Promotion zum:	am: in:

Als **Anlagen** sind beigefügt (Urschrift oder amtlich beglaubigte Abschrift):

1. Geburtsurkunde
2. Nachweis der Staatsangehörigkeit (Personalausweis, Reisepass, Einbürgerungsurkunde o. Ä.)
3. Die Urkunde oder eine beglaubigte Abschrift der Approbation als Zahnärztin/Zahnarzt (ggf. Ärztin/ Arzt) und ggf. Promotionsurkunde und Urkunden über Gebietsbezeichnung und im Ausland erworbene Diplome
4. Nachweis des Staatsexamens (Zeugnis o. Ä.)
5. Aufstellung über die zahnärztlichen Tätigkeiten nach der Approbation **und die dazugehörigen Bescheinigungen**

Die Antragsgebühr in Höhe von 100,00 EUR für die Eintragung in das Zahnarztregister gem. § 46 Abs. 1 a Z-ZV habe ich am auf das Konto der Postbank Frankfurt am Main, IBAN: DE79 5001 0060 0184 3036 09, BIC: PBNKDEFF, KZV Hessen, Lyoner Str. 21, 60528 Frankfurt überwiesen.

Nach § 38 Z-ZV erfolgt die Eintragung erst nach Eingang dieser Gebühr!

.....
Ort

.....
Datum

.....
Unterschrift

Lückenlose Aufstellung über die zahnärztlichen Tätigkeiten - in zeitlicher Reihenfolge -

Zeugnisse oder Bescheinigungen sind beigelegt. (Auch zahnärztliche Tätigkeiten bei der Bundeswehr, Vertretungen von Zahnärztinnen/Zahnärzten sowie etwaige frühere vertragszahnärztliche Tätigkeiten oder Anstellungen sind anzugeben.)

Ausgeübte zahnärztliche Tätigkeiten				
von	bis	Praxis/Einrichtung		Art der Tätigkeit (Bitte mit Bestätigungsnachweis)*
		Name	PLZ/Ort	

.....
Ort.....
Datum.....
Unterschrift

* Die zweijährige Vorbereitungszeit muss formlos von der Vertragszahnärztin/vom Vertragszahnarzt, bei der/dem Sie diese abgeleistet haben, bestätigt werden. Diese Bestätigungen sind diesem Antrag beizulegen.