

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:

- Geburtsurkunde (Urschrift oder amtlich beglaubigte Abschrift)
- Nachweis der Staatsangehörigkeit (Personalausweis, Reisepass, Einbürgerungsurkunde o. Ä.)
- Approbation als Zahnärztin/Zahnarzt (Urschrift oder amtlich beglaubigte Abschrift)
- Nachweis des Staatsexamens (Zeugnis, Diplom, o. Ä.) (Urschrift oder amtlich beglaubigte Abschrift)
- ggf. Promotionsurkunde (Urschrift oder amtlich beglaubigte Abschrift)
- ggf. Urkunden über Gebietsbezeichnung (Urschrift oder amtlich beglaubigte Abschrift)
- ggf. Approbation Ärztin/ Arzt (Urschrift oder amtlich beglaubigte Abschrift)
- ggf. Promotionsurkunde Ärztin/ Arzt (Urschrift oder amtlich beglaubigte Abschrift)
- Bescheinigungen des/der Arbeitgeber/s über die Ableistung der 24-monatigen Vorbereitungszeit (Die Ableistung der zweijährigen Vorbereitungszeit muss anhand der formlosen Bescheinigung/en durch den/die Praxisinhaber/in bestätigt werden, bei denen Sie beschäftigt werden/wurden.)

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 -

Es sind auch zahnärztliche Tätigkeiten bei der Bundeswehr, Vertretungen von Zahnärztinnen/Zahnärzten sowie etwaige frühere vertragszahnärztliche Tätigkeiten anzugeben.

Ausgeübte zahnärztliche Tätigkeiten			
von	bis	Adresse der Praxis oder Einrichtung	Art der Tätigkeit <i>(Bitte mit Bestätigungsnachweis)*</i>

* Die zweijährige Vorbereitungszeit muss formlos von der Vertragszahnärztin/vom Vertragszahnarzt, bei der/dem Sie diese abgeleistet haben, bestätigt werden.

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift