

# ZAHNÄRZTLICHE ARBEITSGRUPPE FÜR MENSCHEN MIT BEHINDERUNGEN IN NIEDERSACHSEN E.V.

Zahnärztliche Arbeitsgruppe  
für Menschen mit Behinderungen  
in Niedersachsen e. V.  
Zeißstraße 11a  
30519 Hannover

## Fragebogen

für den Eintrag im Adressverzeichnis der Zahnärztlichen Arbeitsgruppe

Name, Vorname, Titel: \_\_\_\_\_

Praxis-Straße/-Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Praxisort: \_\_\_\_\_

Praxis-Telefon: \_\_\_\_\_

Praxis-Fax: \_\_\_\_\_

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

Praxis-Homepage: \_\_\_\_\_

- Rollstuhlgerechte Praxis .....
- Behandlung ohne Umlagerung (im Rollstuhl) möglich .....
- Behandlung in Narkose möglich .....
- Haus-Heimbesuche .....
- Röntgen im Rollstuhl .....
- Behandlung stark übergewichtiger (> 136 kg Körpergewicht) Patienten.....
- Sonstiges (z.B. „Spezialisierung auf bestimmtes Patientenkontingent“) \_\_\_\_\_
- Fremdsprachenkenntnisse: \_\_\_\_\_

Möchten Sie Mitglied der Zahnärztlichen Arbeitsgruppe für Menschen mit Behinderungen in Niedersachsen e. V. werden? (Jahresbeitrag z.Zt. 24,- €)

ja

nein

**Bitte beachten Sie zwingend die nachstehende Einwilligungserklärung!**

# ZAHNÄRZTLICHE ARBEITSGRUPPE FÜR MENSCHEN MIT BEHINDERUNGEN IN NIEDERSACHSEN E.V.

## **Einwilligungserklärung für die Aufnahme in das Anschriftenverzeichnis Zahnärztliche Arbeitsgruppe für Menschen mit Behinderungen in Niedersachsen e.V.**

Die Zahnärztliche Arbeitsgruppe für Menschen mit Behinderungen in Niedersachsen e. V. beabsichtigt, Ihre oben aufgeführten Kontaktdaten im Internet auf der Webseite der Zahnärztekammer Niedersachsen ([www.zkn.de](http://www.zkn.de)) zu veröffentlichen. Dadurch soll potentiellen Patienten die Möglichkeit erleichtert werden, mit Zahnärzten, die ihre Praxisgegebenheiten auf die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen angepasst haben (z.B. rollstuhlgerechte Praxis), in Kontakt zu treten. Wir weisen darauf hin, dass Informationen im Internet weltweit zugänglich sind und mit Suchmaschinen gefunden werden können. Ins Internet gestellte Informationen können darüber hinaus von Dritten problemlos kopiert und weiterverbreitet werden.

Einwilligungserklärung:

Ich bin damit einverstanden, dass die Zahnärztliche Arbeitsgruppe für Menschen mit Behinderungen in Niedersachsen e. V. zum obengenannten Zweck meine vorstehenden Kontaktdaten erhebt und auf der Internetseite [www.zkn.de](http://www.zkn.de) einstellt. Meine Einwilligung ist freiwillig. Ich kann sie jederzeit gegenüber der Zahnärztlichen Arbeitsgruppe unter der E-Mailadresse [rtoru@zkn.de](mailto:rtoru@zkn.de) für die Zukunft widerrufen (Art. 7 Abs. 3 S. 1 DSGVO). Nach dem Widerruf werden die Daten, die auf Grund meiner Einwilligung verarbeitet wurden, unverzüglich gelöscht. Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der auf Grund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 S. 2 DSGVO).

Datum/Unterschrift: \_\_\_\_\_

Neben Postversand ist die Übermittlung per Fax: 0511 83391-42113 oder per Email an:  
[rtoru@zkn.de](mailto:rtoru@zkn.de) möglich