

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

Fragebogen

für den Eintrag im Adressenverzeichnis 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!

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) 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 einstellt. Meine Einwilligung ist freiwillig. Ich kann sie jederzeit gegenüber der Zahnärztlichen Arbeitsgruppe unter der E-Mailadresse 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 möglich