

# Anmeldung zur Zahnärztekammer Niedersachsen (ZKN)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
ggf. Geburtsname: \_\_\_\_\_  
Geburtsort und (Bundes-)Land: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Familienstand: \_\_\_\_\_  
Ehegatte(in) Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
ggf. Geburtsname Ehegatte(in): \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum Ehegatte(in): \_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_  
ggf. Einbürgerungsdatum: \_\_\_\_\_  
in Niedersachsen wohnhaft seit: \_\_\_\_\_

Privatanschrift:  
Straße: \_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon Festnetz: \_\_\_\_\_  
Telefon Mobil: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_

Praxisanschrift oder Dienstanschrift:  
Straße: \_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
Fax: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_  
Homepage: \_\_\_\_\_

Examensort Zahnmedizin (Universität) / Datum: \_\_\_\_\_  
Examensland (zahnärztlich): \_\_\_\_\_  
Approbation als Zahnärztin / Zahnarzt am: \_\_\_\_\_  
Promotion zum Dr. med. dent. am : \_\_\_\_\_  
Fachzahnärztin / Fachzahnarzt für .... am: \_\_\_\_\_  
  
Examensort Medizin (Universität) / Datum: \_\_\_\_\_  
Examensland (ärztlich): \_\_\_\_\_  
Approbation als Ärztin / Arzt am: \_\_\_\_\_  
Promotion zum Dr. med. am: \_\_\_\_\_  
Fachärztin / Facharzt für .... am: \_\_\_\_\_

Bei Zahnärztinnen oder Zahnärzten mit ausländischem Studium Berufserlaubnis gemäß § 13 ZHG zur Ausübung des zahnärztlichen Berufes in Niedersachsen

erteilt von welcher Behörde: \_\_\_\_\_  
für welchen Zeitraum: vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Nicht selbständige Tätigkeit:

- Vorbereitungsassistent/in
- Weiterbildungsassistent/in für  Oralchirurgie
- Assistent/in in einer Klinik  Kieferorthopädie
- Assistent/in zur Sicherstellung der Versorgung (sog. "Entlastungsassistent/in")
- Praxisvertreter/in
- angestellte/r Zahnärztin/Zahnarzt
- Beamter/in oder im öffentlichen Dienst
- Sanitätsoffizier/in
- angestellte/r Zahnärztin/Zahnarzt ohne kurative zahnärztliche Tätigkeit
- Zahnärztin/Zahnarzt, der/die den zahnärztlichen Beruf vorübergehend oder dauernd nicht ausübt
- angestellte/r oder verbeamtete/r Zahnärztin/Zahnarzt mit Liquidationsberechtigung
- leitende/r Zahnärztin/Zahnarzt im MVZ

Selbstständige Tätigkeit:

Niederlassung ab dem/seit dem:

- Eigene Praxis
- Berufsausübungsgemeinschaft mit:
  - MVZ (Name des MVZ):
  - Zahnärzte mit zusätzlicher Zweig- oder Privatpraxis bzw. zusätzlicher vertrags- oder privat Zahnärztlicher Tätigkeit in Berufsausübungsgemeinschaft oder Praxisgemeinschaft in Niedersachsen (keine Teilung des Versorgungsauftrags)

Übernahme einer Praxis von (Name):

Frühere Tätigkeiten: von / bis / bei  
Frühere Tätigkeiten: von / bis / bei  
(ggf. Beiblatt für weitere Tätigkeiten)

In Niedersachsen zahnärztlich tätig ab dem / seit: Arbeitgeber:	
Ohne zahnärztliche Tätigkeit seit:	
Bei welcher Kammer vorher/bzw. weiterhin Mitglied:	

Ich möchte das Niedersächsische Zahnärzteblatt (NZB) ab September 2024 in folgender Form lesen (bitte auswählen)

- Als Druckversion per Briefpost
- Als digitale Version online auf der Internetseite

Sie können Ihre jetzige Entscheidung für eine Print- oder Online-Version jederzeit durch eine Mitteilung an uns anpassen. Sofern keine Auswahl erfolgt, wird die standardmäßige Einstellung für eine digitale Version beibehalten.

Ja, ich möchte zukünftig das Fortbildungs-Rundschreiben der ZKN per E-Mail erhalten. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die ZKN mir in unregelmäßigen Abständen Informationen zu Fortbildungs- und Schulungsveranstaltungen zuschickt (dieses Rundschreiben ist ein Zusatzangebot zu dem an alle Mitglieder versandten klassischen Informationsschreiben). Meine Einwilligung kann ich jederzeit gegenüber der ZKN schriftlich oder per E-Mail mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.



\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Zahnärztin / des Zahnarztes

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der / des Bezirksstellenvorsitzenden

wird von der ZKN ausgefüllt:	
zuständige Bezirksstelle:	.....
zuständige Kreisstelle:	.....
Gemeindekennziffer:	.....

Gemäß Meldeordnung der ZKN sind folgende Anlagen in amtlich beglaubigter Kopie beizufügen:

- Approbationsurkunde(n)
- Promotionsurkunde(n) sowie Urkunden über andere erworbene Titel oder Amtsbezeichnungen
- Anerkennung als Fachzahnärztin / Fachzahnarzt oder als Ärztin / Arzt mit Gebietsbezeichnung

Sämtliche Änderungen der Personalien oder der Tätigkeit sind der ZKN unverzüglich mitzuteilen (mitgliederverwaltung@zkn.de).



# SEPA-Lastschriftmandat

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers	Name und Anschrift des Kontoinhabers / Praxisstempel
Zahnärztekammer Niedersachsen Abteilung 2 Zeißstraße 11 a 30519 Hannover	----- ----- ----- (Bitte unbedingt ausfüllen)
Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen wegen	
<b>Kammerbeitrag für Mitglieds-Nr.: .....</b> <b>Gläubiger-ID: DE67ZKN00000551275</b>	
bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos mit der	
<b>IBAN:</b> _____	
bei _____ (genaue Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstituts)	
durch Lastschrift einzuziehen.	
Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.	
Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.	
Ort, Datum	Unterschrift(en)