

# Antrag auf Ausstellung eines **Zahnärzte-/Dentistenausweises**

Ich beantrage die Ausstellung eines Zahnärzte-/Dentistenausweises wegen

- Neuanmeldung (Ersteintragung in die Zahnärzteliste)
- Verlust
- Diebstahl
- Beschädigung
- Neuausstellung (Namens- bzw. Titeländerung, Ergänzung akademischer Grade, usw.)

Bitte vervollständigen Sie nachstehende Angaben:

Akademische(r) Grad(e):	
Vorname(n):	
Familienname(n):	
Geburtsdatum:	
Geburtsort:	
Staatsangehörigkeit:	

....., am .....  
(Ort) (Datum)

**Ausstellungsgebühr:** EUR 14,30 (Bundesabgabe)

**Bankdaten:** Österreichische Zahnärztekammer  
Österreichische Ärzte- und Apothekerbank AG, BIC BWFBATW1  
IBAN AT61 1813 0500 0021 0001

**Foto:** Passfoto (Format: jpg, min. 300 dpi Auflösung)

Bitte übermitteln Sie dieses Formular samt  
Passfoto an Ihre Landes Zahnärztekammer.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die  
Richtigkeit meiner Angaben.

**Unterschrift**  
(dient als Scanvorlage, innerhalb der Linien schreiben)