

Österreichische  
**Zahnärztekammer**

Körperschaft öffentlichen Rechts

Landeszahnärztekammer für..... Datum/SachbearbeiterIn:.....

**Anmeldung**

zur Eintragung in die Zahnärzteliste gemäß § 12 des Zahnärztegesetzes

1. Familienname:.....  
Geburtsname:.....
2. Geschlecht: .....
3. Vorname:.....
4. Geburtsdatum:.....  
Geburtsort: .....
- Staat: .....
5. Staatsangehörigkeit:.....  
seit:.....  
Staatsbürgerschaftsnachweis:.....  
.....  
ausstellende Behörde:.....  
.....  
Datum.....Zahl .....
6. Gesundheitsattest vorgelegt: ja nein
7. Strafregisterbescheinigung: ja nein
8. Haftpflichtversicherung ja nein
9. Flüchtlingsausweis: ja nein
10. Sozialversicherungs-Nr.: .....
11. Familienstand: ..... seit.....  
Ehegattin: .....
- Ehegatte: .....
12. Namen der Kinder und Geburtsjahr:  
.....  
.....  
.....
13. Universität/Hochschule:.....  
.....
14. Akademischer Grad: .....
15. Bei Absolvierung d. Studiums außerhalb d. EWR  
a) Nostrifizierungsdatum .....
- b) Universität/Hochschule: .....
- .....  
c) Ev. Auflagen:.....  
.....
16. a) ord. Wohnsitz: .....
- b) Zustelladresse: .....
- .....
17. Berufssitz/Dienstort/Wohnsitz:  
a) bei ng. Zahnärzten Ordinationsstätte:  
.....  
seit .....
- b) bei ang. Zahnärzten Arbeitsstätte:  
.....  
.....  
seit .....
- Dienstbezeichnung:  
c) bei WohnsitzZÄ Wohnsitz: .....
- .....  
seit .....
18. Berufsbezeichnung: .....
- .....  
seit .....
- Behörde: .....
19. Bankkonto:.....
20. Mitglieder der ÄK f. OÖ:  ja  nein
21. Kassenverträge mit.....  
seit.....

Ich nehme zur Kenntnis, dass diese Angaben mittels EDV verarbeitet werden. Das Gleiche gilt auch für alle zukünftigen Meldungen. Ich versichere, dass ich die obigen Angaben richtig und vollständig gemacht habe und nehme zur Kenntnis, dass wesentlich unrichtige Angaben strafbar sind.

**Ort/Datum/Unterschrift:**

## Familienblatt

Vor- und Zuname:

---

Geburtsname:

---

Geburtsdatum:

Geburtsort:

---

Anschrift:

---

Tel.:

---

Familienstand:

ledig

verheiratet seit.....

geschieden

verwitwet

### Daten des Ehepartners

Vor- und Zuname:

---

Geburtsname:

---

Geburtsdatum:

Geburtsort:

---

Anschrift:

---

Beruf:

---

### Daten der Kinder

(eheliche und außereheliche)

Name:

---

---

---

---

Ort und Datum:

Unterschrift:

Antrag auf (Neu-) Ausstellung eines  
**Zahnärzte-/Dentistenausweises**

Ich beantrage die (Neu-) Ausstellung eines Zahnärzte-/Dentistenausweises wegen

- Neuanmeldung (Ersteintragung in die Zahnärzteliste)
- Verlust
- Diebstahl
- Beschädigung
- Neuausstellung (bisher Ärzte-/Dentistenausweis, Namens- bzw. Titeländerung, usw.)

Für die Ausstellung des Ausweises fallen € 14,30 Bundesabgabe an. Wir ersuchen, diese Bundesabgabe auf das Konto der Ärztebank, lautend auf Österreichische Zahnärztekammer mit IBAN AT61 1813 0500 0021 0001 und BIC BWFBATW1, zu überweisen. Nach Zahlungseingang erfolgt die Ausstellung des Ausweises.

Bitte vervollständigen Sie nachstehende Angaben:

Akademischer Grad bzw. Grade:	
Vorname(n):	
Zuname(n):	
Geburtsdatum:	
Geburtsort:	
Staatsangehörigkeit:	

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

....., am .....

Unterschrift (dient als **Scanvorlage** für den Ausweis, bitte innerhalb der Linien schreiben)

geb.:

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Durch meine Unterschrift erkläre ich mich ausdrücklich damit einverstanden, dass die Beitragszahlungen für die Landeszahnärztekammer f. OÖ (inkl. jener für die Österreichische Zahnärztekammer) ab dem Jahr 2008 bis auf weiteres in monatlichen Teilbeträgen von meinem Gehalt einbehalten werden und von der ÖGK direkt der Landeszahnärztekammer f. OÖ überwiesen werden.

Weiters erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Kasse am Ende jedes Kalenderjahres meinen Jahreslohnzettel des Vorjahres an die Kammer übermittelt, auf dessen Basis der Kammerbeitrag für das kommende Kalenderjahr vorgeschrieben wird.

- Ich bin Berufsanfänger
- Im zweitvorangegangenen Kalenderjahr hatte ich keine Einkünfte aus zahnärztlicher Tätigkeit
- Im zweitvorangegangenen Kalenderjahr hatte ich Einkünfte aus zahnärztlicher Tätigkeit in Österreich (Nachweis!)
- Im zweitvorangegangenen Kalenderjahr war ich bei der ÖGK angestellt

Linz, am.....

## Informationsblatt für Neuanmeldungen

Die „Vertrauenswürdigkeit“ des Antragstellers stellt eines der allgemeinen Erfordernisse der Eintragung in die Zahnärzteliste nach § 12 ZÄG dar. In diesem Zusammenhang wird durch den Antragsteller folgende Erklärung abgegeben:

Es besteh(t)en bei Unterfertigung dieser Erklärung, unabhängig ob im In- oder Ausland, folgende mir bekannte

- justizstrafrechtliche Verurteilungen
- justizstrafrechtliche Vorerhebungen, unabhängig in welchem Verfahrensstadium
- disziplinarrechtliche Verurteilungen
- disziplinarrechtliche Vorerhebungen / Maßnahmen, unabhängig in welchem Verfahrensstadium
- verwaltungsstrafrechtliche Verurteilungen mit Ausspruch einer Geldstrafe von über € 5.000 oder einer Freiheitsstrafe
- laufende zivilgerichtliche Verfahren im Zusammenhang mit der ärztlichen Berufsausübung (Schadenersatzforderungen etc.)

NEIN   
JA

Wenn Ja: Aktenzahl/en, zuständige(s) Gericht / Behörde / Kammer und nähere Beschreibung des Verfahrensgegenstandes

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Ich bin damit einverstanden, dass diese meine Angaben bei der / dem entsprechenden Gericht / Behörde / Kammer durch die Landes Zahnärztekammer für Oberösterreich unter Vorlage dieser Erklärung überprüft werden können und entbinde hierfür mit meiner Unterschrift diese(s) Gericht / Behörde / Kammer von der Verschwiegenheitspflicht.

Mir ist bewusst, dass unrichtige aber auch unvollständige Angaben geeignet sind, die „Vertrauenswürdigkeit“ zu verneinen und somit eine Abweisung des Antrages bzw. spätere Streichung aus der Zahnärzteliste zu begründen, dies unabhängig von disziplinarer und weitergehender rechtlicher Verantwortung.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum:

\_\_\_\_\_  
Unterfertigung:

## Antrag um Aufnahme in die BewerberInnenliste

gemäß § 2 (1) Z 3 der ZahnärztInnen-Reihungskriterien-Verordnung und  
gemäß Punkt VI lit C. der Richtlinie für die Auswahl von VertragsfachärztInnen für  
Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und VertragszahnärztInnen

Ich stelle hiermit den Antrag um Aufnahme in die Bewerberliste als

- Zahnarzt,
- Facharzt f. Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde.
  
- Ich bin ordentliches Mitglied der Landes Zahnärztekammer f. OÖ
- Ich bin ordentliches Mitglied der Landes Zahnärztekammer f. \_\_\_\_

**BITTE LESERLICH AUSFÜLLEN!**

**Vor- und Zuname:** .....

**Anschrift:** .....

.....

**Tel.: (Handy)** .....

**E-Mail:** .....

*Mit meiner Unterschrift nehme ich zur Kenntnis, dass die Eintragung mit dem  
Einlangungsdatum in der Landes Zahnärztekammer f. OÖ erfolgt.*

.....

Datum

.....

Unterschrift

# SEPA Lastschrift-Mandat

<b>Mandatsreferenz:</b>	
-------------------------	--

<b>Zahlungsempfänger</b>	
Name:	Landes Zahnärztekammer Oberösterreich
Anschrift (Straße, PLZ, Ort):	Marienstraße 9/1 4020 Linz
Creditor-ID:	AT98ZZZ00000034935

<b>Zahlungspflichtiger</b>	
Name:	
Anschrift (Straße, PLZ, Ort):	
IBAN:	
BIC:	

<b>Kundenauftrag</b>	
Zahlungsart:	<input checked="" type="checkbox"/> Wiederkehrender Einzug <input type="checkbox"/> Einmaliger Einzug
<p>Ich ermächtige/Wir ermächtigen Landes Zahnärztekammer Oberösterreich, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von Landes Zahnärztekammer Oberösterreich auf mein/ unser Konto gezogenen SEPA-Lastschriften einzulösen.</p> <p>Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.</p>	

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift(en) des (der) Zahlungspflichtigen