

# 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 21,- (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)