

ANMELDUNG

beim Zahnärztlichen Bezirksverband Mittelfranken

- **Zutreffendes bitte Ankreuzen; im Übrigen bitte ausfüllen.
(Falls erforderlich, bitte Zusatzblatt verwenden.)**
- **Zu den mit * gekennzeichneten Angaben bitte Nachweise in Form von beglaubigten Fotokopien der betreffenden Dokumente beifügen.**

Nachweis durch beglaubigte Fotokopie des amtlichen Ausweisdokuments:

Familienname*:

Geburtsname*:

Sonstiger vormaliger Nachname*:

Vorname(n)* [Bei mehreren Vornamen Rufname unterstreichen.]:

Geburtsdatum*: (TT.MM.JJJJ)

Geburtsort*:

Staatsangehörigkeit*:

Privatanschrift (Hauptwohnung im Sinne des Melderechts)

PLZ: Wohnort:

Straße: Hausnummer:

Land:

Ggf. abweichende private Postanschrift, sofern für Korrespondenz gewünscht:

Persönliche E-Mail-Adresse:

Persönliche Mobiltelefon-Nr.:

Private Festnetz-Tel.-Nr.:

Private Fax-Nr.:

Aktuelle zahnärztliche Berufszulassung:

Zahnärztliche Approbation*

Datum: (TT.MM.JJJJ) Behörde:

Erlaubnis

nach § 13 Zahnheilkundegesetz*

nach § 7a Zahnheilkundegesetz*

Datum: (TT.MM.JJJJ) Behörde:

Zahnmedizinische Promotion* / Habilitation*

Datum: (TT.MM.JJJJ) Institution:

Datum: (TT.MM.JJJJ) Institution:

[Bitte zusätzlich zur beglaubigten Fotokopie der Verleihungsurkunde bei fremdsprachiger Urkunde eine Übersetzung ins Deutsche durch einen öffentlich bestellten und beeidigten Übersetzer oder Dolmetscher beifügen.]

Sonstiger (auch ausländischer) akademischer Grad der Zahnmedizin*

Bezeichnung:

Datum: (TT.MM.JJJJ) Institution:

[Bitte zusätzlich zur beglaubigten Fotokopie der Verleihungsurkunde bei fremdsprachiger Urkunde eine Übersetzung ins Deutsche durch einen öffentlich bestellten und beeidigten Übersetzer oder Dolmetscher beifügen.]

Ärztliche Approbation*

Datum: (TT.MM.JJJJ) Behörde:

Ärztliche Promotion* / Habilitation*

Datum: (TT.MM.JJJJ) Institution:

[Bitte zusätzlich zur beglaubigten Fotokopie der Verleihungsurkunde bei fremdsprachiger Urkunde eine Übersetzung ins Deutsche durch einen öffentlich bestellten und beeidigten Übersetzer oder Dolmetscher beifügen.]

Anerkennung als Fachzahnarzt*

für Kieferorthopädie

Datum: (TT.MM.JJJJ) Institution:

für Oralchirurgie

Datum: (TT.MM.JJJJ) Institution:

sonstige Fachzahnarztanerkennung (z.B. Fachzahnarzt für Parodontologie)

Bezeichnung:

Datum: (TT.MM.JJJJ) Institution:

**Anerkennung als Facharzt
für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie***

Datum: (TT.MM.JJJJ) Institution:

Niederlassung seit/ab:.....

in eigener Praxis

in Berufsausübungsgemeinschaft/Gemeinschaftspraxis mit:

in Praxisgemeinschaft mit:

Praxisanschrift

PLZ: Ort:

Straße Hausnummer:

Tel.-Nr.: Fax-Nr.:

E-Mail-Adresse:

vertragszahnärztliche Tätigkeit i.S.d. SGB V

Zweigpraxis in: **Zweitpraxis in:**

Kontaktdaten:

PLZ: Ort:

Straße Hausnummer:

Tel.-Nr.: Fax-Nr.:

E-Mail-Adresse:

Tätigkeit in Medizinischem Versorgungszentrum (MVZ)

seit/ab:.....

Bezeichnung des MVZ:

PLZ: Ort:

Straße: Hausnummer:

Tel.-Nr.: Fax-Nr.:

E-Mail-Adresse:

Rechtsträger des MVZ:

PLZ: Ort:

Straße: Hausnummer:

Tätigkeit im MVZ als:

Vertragszahnarzt i.S.d. SGB V

zahnärztlicher Leiter i.S.d. § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V

Tätigkeit in weiterem MVZ:

Bezeichnung des MVZ:

PLZ: Ort:

Straße: Hausnummer:

Rechtsträger des MVZ:

PLZ: Ort:

Straße: Hausnummer:

Tätigkeit im MVZ als:

Vertragszahnarzt i.S.d. SGB V

zahnärztlicher Leiter i.S.d. § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V

Hinweis: Bei mehreren Tätigkeitsorten jeweils bitte alle angeben:

Vorbereitungsassistent/in bei:
PLZ: Ort:
Straße: Hausnummer:
seit/ab:

Entlastungsassistent/in bei:
PLZ: Ort:
Straße: Hausnummer:
seit/ab:

Weiterbildungsassistent/in bei:
PLZ: Ort:
Straße: Hausnummer:
seit/ab:im Weiterbildungsgebiet:

Angestellte/r Zahnarzt/Zahnärztin i.S.d. SGB V
bei:
PLZ: Ort:
Straße: Hausnummer:
seit/ab:

in Teilzeit tätig **in Vollzeit tätig**

Praxisvertreter/in bei (Name, Anschrift):
seit/ab:

Sonstige Tätigkeit(en):

als:

seit/ab:

ggf.: bei:

ausschließlich ärztlich tätig (bei ärztlicher und zahnärztlicher Approbation)

ausschließlich zahnärztlich tätig (bei ärztlicher und zahnärztlicher Approbation)

ausschließlich privat Zahnärztlich tätig

Derzeit und vorübergehend zahnärztlich nicht tätig seit

Dauerhaft zahnärztlich nicht tätig seit

Im Gebiet eines anderen Zahnärztlichen Bezirksverbands /einer anderen Zahnärztekammer zusätzlich zahnärztlich tätig

Zahnärztlicher Bezirksverband:

Kammer:

Dort gemeldet? ja nein

Zuletzt bei einer außerbayerischen Zahnärztekammer gemeldet gewesen:

Zahnärztekammer:

Zuletzt bei einem anderen bayerischen Zahnärztlichen Bezirksverband gemeldet gewesen:

Zahnärztlicher Bezirksverband:

Sofern nicht als Vertragszahnarzt im Sinne des SGB V tätig:

Nachweis angemessenen Berufshaftpflichtversicherungsschutzes im Sinne von Art. 18 Abs. 1 Satz 1 Ziff. 4 HKaG i.V.m. Art. 46 Abs. 1 Satz 1 HKaG i.V.m. §§ 113, 114 VVG, sei es durch eigenen Berufshaftpflichtversicherungsschutz, sei es -bei angestellter Tätigkeit- durch vollständigen Einschluss in den für zahnärztliche Tätigkeit bestehenden Berufshaftpflichtversicherungsschutz des Arbeitgebers. *(Bitte als Nachweis der Aktualität auch Kopie der aktuellen Beitragsrechnung beifügen.)*

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift)

WICHTIGER HINWEIS:

Jede nachträgliche Änderung zu Ihren Angaben muss dem Zahnärztlichen Bezirksverband in schriftlicher Form oder mithilfe eines entsprechenden Vordrucks, gegebenenfalls aber unter Vorlage geeigneter Nachweise, unaufgefordert gemeldet werden. Behalten Sie daher bitte eine Kopie Ihrer Meldung zum Zahnärztlichen Bezirksverband bei sich.

Informationen zum Datenschutz bzw. unsere Datenschutzerklärung finden Sie auf unserer Homepage: <https://zbv-mfr.de/datenschutz/>.

Hinweise zur Datenverarbeitung gem. Art. 13 DS-GVO

Der Zahnärztliche Bezirksverband Mittelfranken (ZBV) nimmt den Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ernst. Wir berücksichtigen die datenschutzrechtlichen Anforderungen der EU Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO) und wollen, dass Sie wissen, wann wir welche Daten verarbeiten und wie wir sie verwenden:

In welchem Rahmen und zu welchem Zweck verarbeiten wir personenbezogene Daten von Ihnen?

Ihre Daten werden im Rahmen der zentralen Datenverwaltung der dem ZBV angehörig Zahnärztinnen und Zahnärzte (sog. Mitgliederverwaltung) verarbeitet. Rechtsgrundlage für diese Datenverarbeitung, die zu den gesetzlichen Aufgaben des ZBV nach dem Heilberufekammergesetz (HKaG) gehört, ist Art. 6 Abs. 1 Buchst. c) DS-GVO i.V.m. Art. 4 Abs. 6, 7 HKaG i.V.m. Art. 43, 46 Abs. 1 Satz 1 HKaG i.V.m. der Meldeordnung der Bayerischen Landeszahnärztekammer.

Ihre Daten speichern wir solange dies für die Erfüllung des Zwecks erforderlich ist im Rahmen der gesetzlichen Aufbewahrungspflichten.

Welche personenbezogenen Daten verarbeiten wir von Ihnen?

Wir verarbeiten von Ihnen insbesondere die folgenden Daten: Familienname, Geburtsname, sonstige vormalige Nachnamen, Vorname(n), Geburtsdatum und -ort, Staatsangehörigkeit, private Kontaktdaten (z.B. Adresse, Telefonnummer, Faxnummer, E-Mail-Adressen), aktuelle zahnärztliche Berufszulassung (Approbation, Erlaubnis nach § 13 oder § 7a Zahnheilkundengesetz), ärztliche Approbation, akademische Grade der Zahnmedizin oder Medizin, Anerkennung als Fachzahnarzt/Facharzt für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Bankdaten (z.B. IBAN, BIC), ZBV-Mitgliedsnummer, Art der beruflichen Tätigkeit, berufliche Kontaktdaten (z.B. Praxisadresse, Telefonnummer, Faxnummer, E-Mailadresse, Zweigpraxis), vertragszahnärztliche Tätigkeit i.S.d. SGB V, sonstige Tätigkeiten, zusätzliche Tätigkeit im Gebiet eines anderen Zahnärztlichen Bezirksverbandes/einer anderen Zahnärztekammer, Meldung bei einem anderen Zahnärztlichen Bezirksverband/einer außerbayerischen Zahnärztekammer, Nachweis angemessenen Berufshaftpflichtversicherungsschutzes.

An welche Stellen übermitteln wir die personenbezogenen Daten?

Innerhalb des ZBV erhalten diejenigen Bereiche Zugriff auf Ihre personenbezogenen Daten, die diese zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgabe des ZBV benötigen (z.B. Mitgliederverwaltung, Buchhaltung).

Einer Weitergabe von personenbezogenen Daten an externe Stellen erfolgt nur, wenn wir hierzu befugt sind, insbesondere eine gesetzliche Bestimmung den ZBV zur Weitergabe der Daten verpflichtet, dies zulässt oder eine von Ihnen erteilte Einwilligung vorliegt.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können insbesondere die Bayerische Landeszahnärztekammer (BLZK) und andere Zahnärztliche Bezirksverbände sein, sofern dies im Rahmen der Erfüllung der Aufgaben des ZBV erforderlich ist.

Sofern der ZBV mit externen Dienstleistern zusammenarbeitet, bestehen Auftragsverarbeitungsverträge gemäß den Vorgaben des Art. 28 DS-GVO.

Die Übermittlung Ihrer personenbezogenen Daten an einen sog. Drittstaat (= nicht EU, nicht EWR, nicht Schweiz) findet nicht statt.

Ihre personenbezogenen Daten werden nur zu den genannten Zwecken verarbeitet. Sollten Ihre personenbezogenen Daten für einen anderen Zweck verarbeitet werden, informieren wir Sie hierüber gesondert und teilen Ihnen diese Zweckänderung mit.

Welche Rechte haben Sie?

Die DS-GVO sieht eine Reihe von Rechten vor, die Sie als von der Datenerhebung und -nutzung Betroffener geltend machen können.

Sie haben ein Auskunftsrecht gegenüber dem ZBV, welche Ihrer personenbezogenen Daten von uns verarbeitet werden. Sie haben außerdem ein Recht auf Berichtigung, Löschung und Einschränkung der Verarbeitung sowie ein Widerspruchsrecht gegen die Datenverarbeitung und ein Recht auf Datenübertragbarkeit, soweit nicht gesetzliche Bestimmungen entgegenstehen.

Sie können, sofern Sie im Zusammenhang mit der Verarbeitung Ihrer Daten einen entsprechenden Anlass sehen, eine Beschwerde bei der zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde einreichen. Die für den ZBV zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist der Bayerische Landesbeauftragte für den Datenschutz (BayLfD):

Postfach 22 12 19

80502 München

Tel: 089 212672-0

E-Mail: poststelle@datenschutz-bayern.de

Online-Formular: <https://www.datenschutz-bayern.de/service/complaint.html>

Für den Datenschutz verantwortlich ist der Zahnärztliche Bezirksverband Mittelfranken, Körperschaft des öffentlichen Rechts:

Laufertorgraben 10

90489 Nürnberg

Tel: 0911 53003-0

Fax: 0911 53003-19

E-Mail: info@zbv-mfr.de

Für weitere Informationen in Bezug auf die Behandlung Ihrer personenbezogenen Daten steht Ihnen unser behördlicher Datenschutzbeauftragter zur Verfügung:

Datenschutzbeauftragter des Zahnärztlichen Bezirksverbandes Mittelfranken

c/o activeMind AG

Potsdamer Str. 3

80802 München

zbv-mfr@activemind.de