Zahnärztlicher Bezirksverband Unterfranken

A N M E L D U N G

beim Zahnärztlichen Bezirksverband Unterfranken

➢ ***Zutreffendes bitte Ankreuzen; im Übrigen bitte ausfüllen.***
(Falls erforderlich, bitte Zusatzblatt verwenden.)

➢ ***Zu den mit * gekennzeichneten Angaben bitte Nachweise in Form von amtlich beglaubigten Fotokopien der betreffenden Dokumente beifügen (Seite 2).***

Familienname (m ☐ w ☐ d ☐): _____

Geburtsname: _____

Sonstiger vormaliger Nachname: _____

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

Geburtsdatum: (TT.MM.JJJJ): _____

Geburtsort: _____ **Geburtsland:** _____

Staatsangehörigkeit: _____

☐ ***Fotokopie des amtl. Ausweisdokumentes anbei***
☐ ***Fotokopie der aktuellen Fachkunde im Strahlenschutz anbei***

Privatanschrift (Hauptwohnung im Sinne des Melderechts)

Straße/Hausnummer: _____

PLZ: _____ **Wohnort:** _____

Land: _____

Ggf. abweichende private Postanschrift, sofern für Korrespondenz gewünscht:

Straße/Hausnummer: _____

PLZ: _____ **Wohnort:** _____

Land: _____

Pflichtangabe! 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 (nur für Nicht-EU-Bürger)

☐ **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 amtl. 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 amtl. 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: _____

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: _____

<u>Niederlassung mit Praxisanschrift</u>

☐ in eigener Praxis seit/ab: _____

☐ in Berufsausübungsgemeinschaft/Gemeinschaftspraxis seit/ab: _____

mit: _____

☐ in Praxisgemeinschaft seit/ab: _____

mit: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ: _____ **Wohnort:** _____

Tel.-Nr.: _____ Fax-Nr.: _____

E-Mail-Adresse: _____

☐ **vertragszahnärztliche Tätigkeit i.S.d. SGB V**

☐ **Zweigpraxis in:** _____ ☐ **Zweitpraxis in:** _____

Straße/ Hausnummer: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Tel.-Nr.: _____ Fax-Nr.: _____

E-Mail-Adresse: _____

☐ **Tätigkeit in Medizinischem Versorgungszentrum (MVZ)**

seit/ab (TT.MM.JJJJ): _____

Bezeichnung des MVZ: _____

Straße/ Hausnummer: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Tel.-Nr.: _____ Fax-Nr.: _____

E-Mail-Adresse: _____

Rechtsträger des MVZ: _____

Straße/ Hausnummer: _____

PLZ: _____ Ort: _____

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: _____

Straße/ Hausnummer: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Rechtsträger des MVZ: _____

Straße/ Hausnummer: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Tätigkeit im MVZ als: ☐ Vertragszahnarzt i.S.d. SGB V
☐ zahnärztlicher Leiter i.S.d. § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V

Hinweis: Bei <u>mehreren Tätigkeitsorten</u> jeweils bitte <u>alle angeben:</u>

☐ **Vorbereitungsassistent/in** bei: _____
(Praxisinhaber! Nicht Praxisname)
☐ in Teilzeit tätig ☐ in Vollzeit tätig

Straße/ Hausnummer: _____

PLZ: _____ Ort: _____

seit/ab: _____

☐ **Entlastungsassistent/in** bei: _____
(Praxisinhaber! Nicht Praxisname)
☐ in Teilzeit tätig ☐ in Vollzeit tätig

Straße/ Hausnummer: _____

PLZ: _____ Ort: _____

seit/ab: _____

☐ **Weiterbildungsassistent/in** bei: _____
(Praxis<u>inhaber!</u> Nicht Praxisname)
☐ in Teilzeit tätig ☐ in Vollzeit tätig

Straße/ Hausnummer: _____

PLZ: _____ Ort: _____

seit/ab: _____ im Weiterbildungsgebiet: _____

☐ **Angestellte/r Zahnarzt/Zahnärztin i.S.d. SGB V** bei: _____
(Praxisinhaber! Nicht Praxisname)
☐ in Teilzeit tätig ☐ in Vollzeit tätig

Straße/ Hausnummer: _____

PLZ: _____ Ort: _____

seit/ab: _____

☐ **Praxisvertreter/in** bei (Name, Anschrift): _____
(Praxis<u>inhaber!</u> Nicht Praxisname)

seit/ab: _____ bis: _____

☐ **Sonstige Tätigkeit(en)** als: _____

seit/ab: _____ bei: _____

☐ **ausschließlich zahnärztlich tätig** (bei ärztlicher und zahnärztlicher Approbation)

☐ **ausschließlich ärztlich tätig** (bei ärztlicher und zahnärztlicher Approbation)

☐ **ausschließlich privatzahnärztlich tätig**

☐ **Derzeit und vorübergehend zahnärztlich nicht tätig seit:** _____

☐ **Dauerhaft zahnärztlich nicht tätig seit:** _____

☐ **Im Gebiet eines anderen Zahnärztlichen Bezirksverbands /einer anderen Zahnärztekammer <u>zusätzlich</u> zahnärztlich tätig**

Zahnärztlicher Bezirksverband: _____

Kammer: _____

Dort gemeldet? ☐ ja ☐ nein

Bei <u>Ummeldung</u> nach Unterfranken:

☐ **Zuletzt bei einem anderen bayerischen Zahnärztlichen Bezirksverband gemeldet gewesen:**

Zahnärztlicher Bezirksverband: _____

☐ **Zuletzt bei einer <u>außer</u>bayerischen Zahnärztekammer gemeldet gewesen:**

Zahnärztekammer: _____

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 des entsprechenden Vordrucks unter www.zbv-ufr.de/mitgliedschaft, 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. Datenschutzerklärung finden Sie auf unserer Homepage: www.zbv-ufr.de

Hinweise zur Datenverarbeitung gem. Art. 13 DS-GVO

Der Zahnärztliche Bezirksverband Unterfranken (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 angehörigen 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 Zahnheilkundegesetz), 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 Unterfranken, Körperschaft des öffentlichen Rechts:

Dominikanerplatz 3d / II. OG
97070 Würzburg
Tel: 0931 / 32 114 -0
Fax: 0931 / 32 114 -14
E-Mail: info@zbv-ufr.de

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

activeMind AG
Potsdamer Str. 3
80802 München
Tel.: 089 / 91 92 94 -900
E-Mail: info@activemind.de