

Landeszahnärztekammer Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Rhonestraße 4
60528 Frankfurt am Main

Rhonestraße 4
60528 Frankfurt am Main
Telefon 069 427275-0
Telefax 069 427275-105

Anmeldung zur Mitgliedschaft

Bei neuer Mitgliedschaft senden Sie bitte diesen vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Meldebogen mit Ihren persönlichen Unterlagen (nur ausschließlich beglaubigte Kopien) an oben stehende Anschrift.

– Bitte in Druckschrift ausfüllen –

Neuaufnahme (Erstmitgliedschaft)

Bitte nur ankreuzen, wenn Sie sich zum ersten Mal bei einer Zahnärztekammer anmelden.

Zugang aus dem Kammerbereich: _____

Bitte nur ankreuzen, wenn Sie bereits Mitglied in einer anderen Landes Zahnärztekammer (bitte Namen der Kammer angeben) waren. Bitte ggf. ergänzen mit der Angabe ZBV bei Zugang aus dem Kammerbereich Bayern, BZK bei Zugang aus den Kammerbereichen Baden-Württemberg oder Rheinland-Pfalz, Bezirksstelle bei Zugang aus dem Kammerbereich Nordrhein.

Abmeldung bei der bisher zuständigen Zahnärztekammer ist erfolgt: ja nein

1. Persönliche Daten

Anrede: _____ Titel: _____

Familienname: _____ ggf. Geburtsname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort/+Land: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Familienstand: _____

2. Privatanschrift

Straße: _____ PLZ und Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Telefax: _____ E-Mail: _____

3. Universitätsausbildung / Approbation(en) / Berufserlaubnis

(Bitte beglaubigte Kopien der Urkunde(n) beifügen)

Approbation als Zahnarzt ausgestellt am: _____ in: _____

Prüfungszeugnis der Universität: _____

Land: _____ vom: _____

▶ **Bitte beachten Sie die Informationen zur Bescheinigung der Fachkunde im Strahlenschutz und siehe unter www.lzkh.de/Zahnärzte/Mitgliedschaft**

Approbation als Arzt ausgestellt am: _____ in: _____

Ich beantrage die Ermäßigung meines Kammerbeitrages gemäß § 4 Abs. 2 der Beitragsordnung der LZKH wegen Doppelmitgliedschaft in der Hessischen Ärztekammer (Bitte Mitgliedsbescheinigung der entsprechenden Kammer beilegen)

Berufserlaubnis (§ 13 ZHG) für Hessen gültig vom: _____ bis: _____

4. Promotion(en)

(Bitte beglaubigte Kopien der Urkunde(n) beifügen)

Dr. med. dent. am: _____ Universität: _____

Dr. med. am: _____ Universität: _____

Sonstiges: _____

Die Führung ausländischer akademischer Grade, Ehrengade, Hochschultitel oder Hochschultätigkeitsbezeichnungen richtet sich nach § 22 des Hessischen Hochschulgesetzes.

Verleihungsurkunde

Transliteration des Titels, wenn die Urkunde nicht in lateinischer Schrift verfasst ist

Übersetzung eines vereidigten Dolmetschers

5. Fachzahnärztliche Gebietsbezeichnungen

(Bitte beglaubigte Kopien der Urkunde(n) beifügen)

Gebietsbezeichnung Fachzahnarzt/-zahnärztin für Kieferorthopädie

am: _____ durch Zahnärztekammer: _____

Gebietsbezeichnung Fachzahnarzt/-zahnärztin für Oralchirurgie

am: _____ durch Zahnärztekammer: _____

Gebietsbezeichnung Fachzahnarzt/-zahnärztin für öffentliches Gesundheitswesen

Sonstige fachzahnärztliche Gebietsbezeichnung: _____

Facharzt/-ärztin für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

am: _____ durch Ärztekammer: _____

6. Art und Umfang der Berufsausübung in Hessen

6.1

selbständige Tätigkeit / niedergelassen in Hessen ab _____

Praxisanschrift:

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Telefax: _____

E-Mail: _____

Praxisneugründung Praxisübernahme von: _____

Berufsausübungsgemeinschaft mit: _____

KZV-Abrechnungsnummer _____ keine Zulassung, Privatpraxis

6.2

nicht selbständige Tätigkeit ab: _____

ganztags halbtags sonstiger Umfang _____
(bitte genaue Stundenanzahl bzw. Tage angeben)

Assistent/in zur Vorbereitung Entlastung Qualifizierung Weiterbildung

Kfo

OCH

MKG

Vertreter/in

angestellter Zahnarzt / angestellte Zahnärztin

(Universitäts-) Klinik in der Funktion als: _____ liquidationsberechtigt ja nein

Hospitant/in oder Gastarzt/-ärztin / Gastzahnarzt/-zahnärztin

Öffentlicher Dienst / Funktion: _____

Bundeswehr als Wehrpflichtige/r Zeitsoldat/in Berufssoldat/in Zivil-Angestellte/r

Sonstiges: _____

Name des Arbeitgebers: _____

ggf. Dienststelle / Abteilung: _____

Straße: _____

PLZ und Ort: _____

6.3

ohne Berufstätigkeit seit: _____ **freiwillige Mitgliedschaft** seit: _____

6.4 Berufshaftpflichtversicherung

Ich versichere, dass ich gemäß § 4 der Berufsordnung der hessischen Zahnärztinnen und Zahnärzte gegen Haftpflichtansprüche aus meiner beruflichen Tätigkeit ausreichend versichert bin.

7. Ihr Mitgliedsbeitrag zur Landeszahnärztekammer Hessen / Einzugsverfahren

Die LZKH erhebt von ihren Mitgliedern einen gesetzlichen Mitgliedsbeitrag, dessen Höhe sich nach der Beitragsordnung richtet.

Dieser Mitgliedsbeitrag ist gemäß § 3 der Beitragsordnung monatlich im Voraus zu bezahlen und wird durch Teilnahme am Lastschriftverfahren eingezogen.

7.1 Auszug aus der Beitragsordnung der Landeszahnärztekammer Hessen

§ 1 Gesetzliche Beiträge

Zur Durchführung der nach dem Hessischen Heilberufsgesetz übertragenen satzungsmäßigen Aufgaben erhebt die Landeszahnärztekammer Hessen von ihren Mitgliedern Beiträge.

§ 2 Beitragsgruppen

1. Mitglieder, die niedergelassen sind, entrichten € 115,00 monatlich. Die einzelnen Teilhaber von Sozietäten sowie beamtete oder angestellte Mitglieder, die nebenberuflich eine selbständige Praxis betreiben, fallen unter diese Vorschrift.
2. Mitglieder, die als angestellte Zahnärzte oder Vertreter in Zahnarztpraxen tätig sind, entrichten einen Beitrag in Höhe von 100% des Beitrages, den die niedergelassenen Mitglieder nach Abs. 1 zu entrichten haben. Alle übrigen, nicht niedergelassenen Mitglieder, entrichten einen Beitrag in Höhe von 50 % des Beitrags, den die niedergelassenen Mitglieder nach Abs. 1 zu entrichten haben.
3. Assistenten entrichten für Zeiten der fachzahnärztlichen Weiterbildung sowie der Vorbereitung auf die Kassenzulassung einen Beitrag in Höhe von 25 % des Beitrages, den die niedergelassenen Mitglieder nach Abs. 1 zu entrichten haben.
4. Mitglieder, die ihren Beruf vorübergehend oder dauernd nicht ausüben (freiwillige Mitglieder), entrichten € 5,00 monatlich.

§ 3 Beitragsentrichtung

Die Beiträge sind monatlich im Voraus zu bezahlen. Sie sind durch Teilnahme am *Lastschriftverfahren* durch Erteilung einer Einzugsermächtigung an die Landeszahnärztekammer Hessen zu entrichten.

Wird die Einzugsermächtigung nicht erteilt, erhöht sich der zu entrichtende Beitrag nach § 2 dieser Satzung um 10 %.

Hinweis:

Der Einzug der monatlichen Beitragszahlungen erfolgt im SEPA-Lastschriftverfahren.

**7.2 Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats /
einer Einzugsermächtigung
über Kammerbeiträge und Gebühren**

Name, Vorname des Antragstellers:

Mandatsreferenz-Nr.:

BEITRAG/GEB[Ihre Mitgliedsnummer]-[Lfd.-Nr.]
(Mitglieds- und Mandatsreferenznummer werden von der LZKH vergeben)

Zahlungsempfänger:

Landes Zahnärztekammer Hessen, K.d.ö.R., Rhonestraße 4, 60528 Frankfurt am Main

Gläubiger-Identifikationsnummer (Zahlungsempfänger): DE28ZKH00000556827

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige die Landes Zahnärztekammer Hessen, K.d.ö.R., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der LZKH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Bitte alle folgenden Felder **vollständig** ausfüllen:

Name des Kontoinhabers:

Anschrift des Kontoinhabers:

Bankname:

IBAN des Zahlungspflichtigen oder Kontoinhabers (max. 22 Stellen):

BIC (8 oder 11 Stellen):

Ort, Datum und Unterschrift des Kontoinhabers:

Hinweis:

Der Einzug des Mitgliedsbeitrages mit SEPA-Lastschriftmandat erfolgt jeweils zum 15. eines Kalendermonats.

8. Sonstige Angaben und Bemerkungen

ggf. bisherige Mitgliedschaft bei der LZKH: _____

Diesem Meldebogen füge ich beglaubigte Fotokopien folgender Urkunden bei:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> zahnärztliche Approbation | <input type="checkbox"/> Berufserlaubnis nach § 13 ZHG für Hessen |
| <input type="checkbox"/> Prüfungszeugnis | <input type="checkbox"/> Anerkennung Fachzahnarzt |
| <input type="checkbox"/> ärztliche Approbation | <input type="checkbox"/> Anerkennung Facharzt |
| <input type="checkbox"/> Promotionsurkunde(n) | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |

Einverständniserklärung:

Mir ist bekannt und ich bin darüber unterrichtet, dass die Weitergabe der in diesem Meldebogen enthaltenen Daten datenschutzrechtlich geschützt sind. Ich bin jedoch damit einverstanden, dass meine Daten oder Teile hiervon übermittelt werden:

1. an die Bundeszahnärztekammer - für die Gesamtstatistik der Zahnärzte und für den Bezug der „Zahnärztlichen Mitteilungen (ZM)“,
2. an die Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen (KZVH), soweit die Daten zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der KZV Hessen erforderlich sind,
3. an das Versorgungswerk (HZV) der Landes Zahnärztekammer Hessen,
4. an das zuständige Gesundheitsamt
5. und im Rahmen der Erstellung und des Versandes der Publikationen der LZKH.

In Kenntnis meines Rechts, einer Weitergabe meines Namens und der Privatanschrift zum Zwecke der Wahlinformation widersprechen zu können, stimme ich mit meiner Unterschrift zu, dass die jeweiligen Vertrauenspersonen eines Wahlvorschlages von der LZKH meinen Namen sowie die Privatanschrift erhält.

Ich erkläre mich außerdem damit einverstanden, dass meine vollständigen Mitgliedsdaten bei einem Wechsel in einen anderen Kammerbereich an die nachfolgend zuständige Zahnärztekammer weitergegeben werden.

Der Meldebogen wurde von mir persönlich ausgefüllt, die Angaben wurden nach bestem Wissen gemacht.

Ort / Datum

Unterschrift des Antragstellers

Wird durch die Landes Zahnärztekammer Hessen ausgefüllt:

Mitgliedsnummer: _____ Mitglied ab: _____

Beitragsgruppe: _____ Mitglied Ärztekammer: ja nein

Beitrag EUR: _____ ab: _____

Kreisstelle: _____

Absender:

Titel, Name, Vorname

Straße, PLZ und Ort

G E L Ö B N I S

gemäß Präambel der Berufsordnung für hessische Zahnärzte

Ich verpflichte mich, meinen Beruf würdig und gewissenhaft nach den Gesetzen der Menschlichkeit auszuüben, meine zahnärztliche Tätigkeit in den Dienst der Gesundheitspflege zu stellen und dem mir im Zusammenhang mit dem Beruf entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen.

Dies gelobe ich feierlich.

Ort und Datum

Unterschrift

Bitte achten Sie bei Ihrem Lichtbild
auf einen möglichst **hellen** Hintergrund!
Vielen Dank!

An die Mitgliederabteilung der
Landes Zahnärztekammer Hessen
Rhonestraße 4
60528 Frankfurt

Foto beilegen
oder
alternativ:
Bildübermittlung
per E-Mail an
hopp@lzkh.de

Bitte ausfüllen und mit einem (1) Lichtbild versehen, **zusammen mit den Anmeldeunterlagen** an die Landes Zahnärztekammer Hessen zurückschicken.

Ich beantrage die Ausstellung eines Zahnarztausweises.

Titel, Name		Vorname	Ausweis-Nr.*
Raum für Änderungen der LZKH			
Geburtsdatum	Geburtsort		Ausst.-Datum*
Anschrift			

Ort / Datum

Unterschrift

* wird von der Landes Zahnärztekammer Hessen eingetragen

Bitte beachten Sie, dass gem. § 6 der Meldeordnung der LZKH der Zahnarztausweis bei Wegfall der Mitgliedschaft an die LZKH zurückzugeben ist.

Bitte *unbedingt* beachten!

Reichen Sie die folgenden Unterlagen vollständig zusammen mit Ihrer Anmeldung ein, da ansonsten die Bearbeitung nicht möglich ist!

Beglaubigte Fotokopie:

- zahnärztliche Approbation
- Prüfungszeugnis

soweit zutreffend

- Promotionsurkunde(n)
- Anerkennung Fachzahnarzt
- ärztliche Approbation
- Anerkennung Facharzt
- Berufserlaubnis nach § 13 ZHG für Hessen
- Berufungsurkunde zum Professor
- Anmeldung Röntgengeräte (nur bei Niederlassung)
- Anmeldung zum Gesundheitsamt (bitte selbst an das zuständige Gesundheitsamt für den Ort der Berufsausübung senden)

Die Befreiung von der gesetzlichen Rentenversicherung kann erst nach der Anmeldung bei der LZKH erfolgen.

Fachkunde im Strahlenschutz



Die rechtfertigende Indikation für den Einsatz von Röntgenstrahlen am Patienten darf nur von Personen gestellt werden, die die erforderliche Fachkunde im Strahlenschutz besitzen.

Erwerb und Bescheinigung der Fachkunde 1 im Strahlenschutz für Zahnärzte bei der Untersuchung mit Röntgenstrahlung - Intraorale Röntgendiagnostik mit dentalen Tubusgeräten, Panoramaschichtaufnahmen, Fernröntgenaufnahmen des Schädels

Falls Sie ihre Fachkunde 1 im Strahlenschutz nach dem 01.07.2002 erworben haben, ist es zwingend erforderlich, dass Sie die Bescheinigung der Fachkunde bei der Zahnärztlichen Röntgenstelle beantragen. Zuständig ist die Zahnärztliche Röntgenstelle des Bundeslandes in dem Sie Ihr Examen absolviert haben, unabhängig davon, ob Sie in diesem Bundesland als Kammermitglied gemeldet sind oder nicht.

Kontakt Röntgenstelle:

Frau Birgit Heger (Ltg.)
Telefon 069 427275-125
Frau Nicole Simeth
Telefon 069 427275-124
Frau Manuela Plapp
Telefon 069 427275-202
Frau Zvijezdana Cerne
Telefon 069 427275-203

Erwerb und Bescheinigung der Fachkunde 2 bzw. 3 im Strahlenschutz für Zahnärzte bei der Untersuchung mit Röntgenstrahlung - Röntgendiagnostik mit Schädelübersichtsaufnahmen und Spezialprojektionen (2) bzw. mit Handaufnahmen zur Skelettwachstumsbestimmung (3)

Falls Sie ihr Examen vor dem 01.03.2006 bestanden haben, haben Sie die Fachkunde 2 bzw. 3 automatisch erworben. Die Bescheinigung der Fachkunde 2 bzw. 3 erfolgt in dem Bundesland, in dem das Examen gemacht wurde. Ansonsten können Sie die Fachkunde 2 bzw. 3 durch spezielle Kurse erworben werden. Die Ausstellung erfolgt in diesem Falle durch die zahnärztliche Röntgenstelle des Bundeslandes, in dem Sie als Kammermitglied gemeldet sind (das Zertifikat des Kurses ist **nicht** identisch mit der Bescheinigung der jeweiligen Fachkunde).

Erwerb und Bescheinigung der Fachkunde 4 im Strahlenschutz für Zahnärzte bei der Untersuchung mit Röntgenstrahlung – Digitale Volumentomografie

Die Fachkunde 4 kann nur durch spezielle Kurse erworben werden. Die Bescheinigung der Fachkunde 4 muss bei der Zahnärztlichen Röntgenstelle beantragt werden (das Zertifikat des Kurses ist **nicht** identisch mit der Bescheinigung der jeweiligen Fachkunde). Zuständig hierfür ist die Zahnärztekammer des Bundeslandes in dem Sie als Kammermitglied gemeldet sind.

Aktualisierung der Fachkunde 1-4 für Zahnärzte

Die Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz muss laut Röntgenverordnung § 18a innerhalb einer 5-Jahresfrist ab dem Erwerb der Fachkunde, bzw. ab der letzten Aktualisierung durchgeführt werden. Das Versäumen der rechtzeitigen Aktualisierung kann zum Verlust der Fachkunde führen und hat z.B. zur Folge, dass keine rechtfertigende Indikation mehr gestellt werden darf. In begründeten Ausnahmefällen (z.B. schwere Krankheit mit ärztlichem Attest) kann ein Antrag auf verspätete Aktualisierung gestellt werden, der von der Zahnärztlichen Röntgenstelle geprüft und genehmigt werden muss. Wird die Fachkunde 2, 3 und/oder 4 innerhalb der 5-Jahres-Frist erworben, dann gilt das Datum dieses Fachkunderwerbs als Stichtag der letzten Aktualisierung auch für alle weiteren bestandenen Fachkunden. Die Teilnahme an einem Aktualisierungskurs ist dann erst wieder 5 Jahre nach dem Erwerb der zusätzlichen Fachkunde erforderlich. Mit dem Besuch eines Aktualisierungskurses werden alle Fachkunden aktualisiert.

Antrag auf Bescheinigung der Fachkunde 1 im Strahlenschutz

für Zahnärzte bei der Untersuchung mit Röntgenstrahlung -
Intraorale Röntgendiagnostik mit dentalen Tubusgeräten, Panorama-
schichtaufnahmen, Fernröntgenaufnahmen des Schädels



Landes Zahnärztekammer Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Zahnärztliche Röntgenstelle
Rhonestraße 4
60528 Frankfurt am Main

Kontakt Röntgenstelle:

Telefon 069 427275-203
Telefon 069 427275-202
Telefon 069 427275-125
Telefon 069 427275-124

Gemäß § 18a RÖV beantragt

_____	_____	_____
Titel:	Vorname:	Name:
_____	_____	_____
Straße:	PLZ:	Ort:
_____	_____	_____
geboren am:	in:	Telefonnummer (für evtl. Fragen zum Antrag)

bei der Landes Zahnärztekammer Hessen als zuständiger Stelle nach § 11 Abs. 5 Nr. 2
Arbeitsschutzzuständigkeitsverordnung die Bescheinigung der Fachkunde im Strahlenschutz für
Zahnärzte bei der Untersuchung mit Röntgenstrahlung - Intraorale Röntgendiagnostik mit dentalen
Tubusgeräten, Panoramaschichtaufnahmen, Fernröntgenaufnahmen des Schädels

_____ . _____ . _____
(bitte Datum Prüfungszeugnis eintragen)

Eine beglaubigte Kopie der Approbationsurkunde

liegt bei der LZKH vor. füge ich bei.

Diesem Antrag füge ich bei:

Kopie des Prüfungszeugnisses der Zahnärztlichen Prüfung

Kopie der letzten Fachkundeaktualisierung (falls vorhanden)

Dass für die Ausstellung der Bescheinigung eine Gebühr in Höhe von € 20,- erhoben wird, habe
ich zur Kenntnis genommen.

Datum

Unterschrift des Antragstellers

Antrag auf Bescheinigung der Fachkunde 4 Digitale Volumentomographie für Zahnärzte bei der Untersuchung mit Röntgenstrahlung - Digitale Volumentomografie



Landeszahnärztekammer Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Zahnärztliche Röntgenstelle
Rhonestraße 4
60528 Frankfurt am Main

Kontakt Röntgenstelle:

Telefon 069 427275-203
Telefon 069 427275-202
Telefon 069 427275-125
Telefon 069 427275-124

Gemäß § 18a RÖV beantragt

Titel:	Vorname:	Name:
Straße:	PLZ	Ort:
geboren am:	in:	Telefonnummer (für evtl. Fragen zum Antrag)

bei der Landes Zahnärztekammer Hessen als zuständiger Stelle nach § 11 Abs. 5 Nr. 2 Arbeitsschutzzuständigkeitsverordnung die Bescheinigung der Fachkunde 4 **für Zahnärzte bei der Untersuchung mit Röntgenstrahlung - Digitale Volumentomografie**

Eine beglaubigte Kopie der Approbationsurkunde

liegt bei der LZKH vor. füge ich bei.

Diesem Antrag füge ich bei:

- Kopie der Kursbescheinigung über die erfolgreiche Teilnahme an einem anerkannten DVT-Kurs (einschließlich der Auswertung von 25 Aufnahmen innerhalb von mind. 3 Monaten und einer erfolgreichen Abschlussprüfung)
- Kopie der letzten Fachkundeaktualisierung (falls vorhanden)
- Kopie des Prüfungszeugnisses der Zahnärztlichen Prüfung

Dass für die Ausstellung der Bescheinigung eine Gebühr in Höhe von € 20,- erhoben wird, habe ich zur Kenntnis genommen.

Datum

Unterschrift des Antragstellers

Titel	Name	Vorname
-------	------	---------

An das
Gesundheitsamt

Mitteilung an das Gesundheitsamt

Gemäß § 2 Abs. 2 des Heilberufsgesetzes und § 12 des Hessischen Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst zeige ich dem zuständigen Gesundheitsamt die Aufnahme bzw. Beendigung meiner zahnärztlichen Tätigkeit an.

Art der Tätigkeit	Beginn der Tätigkeit <input type="checkbox"/> [] [] [] [] bzw. Ende der Tätigkeit <input type="checkbox"/>
Berufsbezeichnung / Fachzahnarztbezeichnung / Gebietsbezeichnung	ggf. Tätigkeitsschwerpunkt
Praxisanschrift PLZ Ort	Straße, Hausnummer
Telefon	Fax
Mail	ggf. Webseite
ggf. weitere Angaben	

Anlagen:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kopie Approbation | <input type="checkbox"/> Kopie Promotionsurkunde |
| <input type="checkbox"/> Kopie Fachzahnarzt-Anerkennung | <input type="checkbox"/> ggf. Arbeitserlaubnis |

Ort / Datum

Unterschrift

Gebühren:

Für die Ausstellung der Bescheinigung über die erfolgte Anzeige nach § 12 Abs. 1 HGöGD können von den Gesundheitsämtern Gebühren erhoben werden.

Versäumnis der Anzeigepflicht:

Das Versäumen der Anzeigepflicht kann mit einer Geldbuße von bis zu 3.000 Euro geahndet werden (§ 21 (1) Nr. 2 HGöGD).

<p>Stadt Frankfurt am Main Amt für Gesundheit Breite Gasse 28 60313 Frankfurt am Main</p>	<p>Stadt Wiesbaden Gesundheitsamt Konradinallee 11 65189 Wiesbaden</p>	<p>Stadt Offenbach Stadtgesundheitsamt Berliner Straße 60 63065 Offenbach</p>
<p>Region Kassel Gesundheitsamt Wilhelmshöher Allee 19-21 34117 Kassel</p>	<p>Gesundheitsamt für Darmstadt und Landkreis Darmstadt-Dieburg Niersteiner Straße 3 64295 Darmstadt</p>	<p>Landkreis Bergstraße Fachdienst Gesundheitswesen Kettelerstraße 29 64646 Heppenheim</p>
<p>Landkreis Groß-Gerau Gesundheitsamt Wilhelm-Seipp-Straße 4 64521 Groß-Gerau</p>	<p>Hochtaunuskreis Fachbereich Gesundheitsdienste Ludwig-Erhardt-Anlage 1-5 61348 Bad Homburg</p>	<p>Main-Kinzig-Kreis Gesundheitsamt Barbarossastraße 24 63571 Gelnhausen</p>
<p>Main-Taunus-Kreis Gesundheitsamt Am Kreishaus 1-5 65719 Hofheim</p>	<p>Odenwaldkreis Gesundheitsamt Albert-Schweitzer-Straße 8 64711 Erbach</p>	<p>Landkreis Offenbach Fachdienst Gefahrenabwehr- und Gesundheitszentrum Gottlieb-Daimler-Straße 10 63128 Dietzenbach</p>
<p>Rheingau-Taunus-Kreis Kreisgesundheitsamt Heimbacher Straße 7 65307 Bad Schwalbach</p>	<p>Wetteraukreis Fachdienst Gesundheit und Gefahrenabwehr Europaplatz 61169 Friedberg</p>	<p>Landkreis Gießen Gesundheitsamt Riversplatz 1-9 35394 Gießen</p>
<p>Lahn-Dill-Kreis Abteilung Gesundheit Schlossstraße 20 35745 Herborn</p>	<p>Landkreis Limburg-Weilburg Gesundheitsamt Schiede 4 3 65549 Limburg</p>	<p>Landkreis Marburg-Biedenkopf Fachbereich Gesundheit Schwanallee 23 35037 Marburg</p>
<p>Vogelsbergkreis Gesundheitsamt Gartenstraße 27 36341 Lauterbach</p>	<p>Landkreis Fulda Gesundheitsamt Otfried-von-Weißenburg-Straße 3 36043 Fulda</p>	<p>Landkreis Hersfeld-Rotenburg Fachdienst Gesundheit Friedloser Straße 12 36251 Bad Hersfeld</p>
<p>Schwalm-Eder-Kreis Fachbereich Gesundheitswesen Waßmuthshäuser Straße 52 34576 Homberg (Efze)</p>	<p>Landkreis Waldeck-Frankenberg Fachdienst Gesundheit Am Kniep 50 34497 Korbach</p>	<p>Werra-Meißner-Kreis Fachbereich Gesundheit, Verbraucherschutz und Veterinärwesen Luisenstraße 23c 37269 Eschwege</p>

Anmeldung einer Röntgeneinrichtung und/oder Anmeldung eines Betreibers



Landes Zahnärztekammer Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Röntgenstelle
Rhonestraße 4
60528 Frankfurt am Main

Kontakt:

Telefon 069 427275-203
Telefon 069 427275-202
Telefon 069 427275-125
Telefon 069 427275-124
Telefax 069 427275-105

Gemäß § 17a Abs. 4 RöV wird hiermit von

Betreiber/Gerätestandort

Titel: _____

Vorname: _____

Name: _____

Straße: _____

PLZ _____

Gerätestandort: _____

geboren am: _____

LZKH-Mitgliedsnummer: _____

Telefonnummer (für evtl. Fragen zur Anmeldung) _____

der Betrieb folgender zahnmedizinischer Röntgeneinrichtung angezeigt:

Untersuchungsgerät:

Geräteart: _____

Hersteller: _____

Typ und ggf. betriebsübliche Bezeichnung: _____

Zusatzangaben:

- Analog** (mit Nutzung eines Filmentwicklungsgerätes)
- Digital** (mit digitaler Archivierung / mit Bildwiedergabegerät(en) zur Befundung)

Die Röntgeneinrichtung wurde/wird:

- neu errichtet
- übernommen von: _____
- ausgetauscht gegen die bisherige Röntgeneinrichtung:

Geräteart: _____

Hersteller: _____

Röntgen-Strahler Serien-Nr.: _____

Typ und ggf. betriebsübliche Bezeichnung: _____

- in einer Gemeinschaftspraxis / Praxismgemeinschaft / Berufsausübungsgemeinschaft betrieben

Weitere Betreiber:

Über die Anmeldung unterrichte ich auch das zuständige Regierungspräsidium.

Datum

Unterschrift des Betreibers