



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

Länderspezifische Erstausgabennummer (LEAN) eHBA liegt vor:  ja  nein

LEAN 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## 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](http://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, Ehrengrade, 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 _____                          |

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

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

### Einwilligung für Datenweitergabe bei ZM-Bezug

Die LZKH ist zur Verarbeitung der von Ihnen eingegebenen Daten aufgrund ihrer gesetzlichen Aufsichtsfunktion berechtigt. Dabei beachtet wir die Regelungen der EU-Datenschutzgrundverordnung und des Bundesdatenschutzgesetz, da der Schutz Ihrer Daten uns sehr wichtig ist. Unsere Datenschutzerklärung liegt diesem Formular als Anlage bei. Wir geben Ihre Daten nur in den durch Gesetz vorgegebenen Fällen an Dritte weiter (z.B. Gesundheitsamt, Versorgungswerk). Deshalb benötigen wir für die Weitergabe Ihrer Kontaktdaten an die Bundeszahnärztekammer im Rahmen des Bezuges der ZM Ihre **Einwilligung**:

Ich stimme der Weitergabe meiner Kontaktdaten zum Bezug der ZM an die Bundeszahnärztekammer durch die Landes Zahnärztekammer Hessen zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

### Wird durch die Landes Zahnärztekammer Hessen ausgefüllt:

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_ Mitglied ab: \_\_\_\_\_

Beitragsgruppe: \_\_\_\_\_ Mitglied Ärztekammer:  ja  nein

Beitrag EUR: \_\_\_\_\_ ab: \_\_\_\_\_

Kreisstelle: \_\_\_\_\_

Im Rahmen der Erfüllung der durch den Gesetzgeber übertragenen Aufgaben verarbeitet die Landeszahnärztekammer Hessen Daten ihrer Mitglieder, von Angestellten und Auszubildenden ihrer Mitglieder, von anfragenden Patienten sowie von sonstigen Personen (z.B. Vertragspartner, Behördenangehörigen, Pressevertreter), die mit der Landeszahnärztekammer Hessen in Kontakt treten. Selbstverständlich werden diese Informationen durch die Landeszahnärztekammer Hessen mit der größtmöglichen Sorgfalt verwaltet. Um einen Überblick über die zu den betreffenden Personen geführten Daten und den Datenschutz der Landeszahnärztekammer Hessen zu geben, anbei die folgenden Informationen, wobei aus Gründen der besseren Lesbarkeit die männliche Sprachform gewählt wird:

## 1. Wer ist in der Landeszahnärztekammer Hessen für den Datenschutz verantwortlich?

Gemäß der Satzung der Landeszahnärztekammer Hessen vertritt der Präsident, Herr Dr. Michael Frank, oder der Vizepräsident, Herr Dr. Wolfgang Klenner, die Kammer gerichtlich und außergerichtlich. Sie können über die Landeszahnärztekammer Hessen, Rhonestraße 4, 60528 Frankfurt am Main, Tel: 069 / 42 72 75 - 110, Fax: 069 / 42 72 75 - 105 oder E-Mail: box@lzk.de kontaktiert werden.

## 2. Wer ist in der Landeszahnärztekammer Hessen als Datenschutzbeauftragter bestellt?

Für die Landeszahnärztekammer Hessen ist als Datenschutzbeauftragter Herr Dr. Jörg Kümmerlen, secopan gmbh, Am Schoenblick 14, 71229 Leonberg, E-Mail: datenschutz@lzk.de, bestellt.

## 3. Von wem erheben wir personenbezogene Daten?

Wir verarbeiten, also erheben, speichern, nutzen, übermitteln oder löschen von folgenden natürlichen Personen personenbezogene Daten:

- Zahnärzte, die entweder Pflichtmitglied oder freiwilliges Mitglied der Landeszahnärztekammer,
- Zahnärzte, die nur vorübergehend in Hessen zahnärztlich tätig werden,
- Angestellte oder Auszubildende (sowie ggf. deren Erziehungsberechtigte) der Mitgliedspraxen,
- Prüflinge, die an der Gleichwertigkeits- oder Weiterbildungsprüfung bzw. den Prüfungen nach dem Berufsbildungsgesetz teilnehmen,
- Patienten bzw. ihre gesetzlichen oder rechtsgeschäftlichen Vertreter,
- Allen anderen natürlichen Personen, die in Kontakt mit der Landeszahnärztekammer Hessen stehen (z.B. Mitarbeiter juristischer Personen und Behörden).

## 4. Welche personenbezogene Daten erheben wir und wo?

In der Regel werden die personenbezogenen Daten unmittelbar bei der betroffenen Person erhoben. Ansonsten werden die Daten u.a. von Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, anderen Zahnärztekammern, Ärztekammern, Gerichten, Behörden (z.B. Ministerium, Regierungspräsidium, Gesundheitsamt, Landesprüfungsamt), Krankenkassen und allen anderen natürlichen Personen, die mit uns in Kontakt treten, übermittelt. Wir verarbeiten zudem personenbezogene Daten, die wir aus öffentlich zugänglichen Quellen (allgemein zugängliche Verzeichnisse, Presse, Medien) zulässigerweise gewonnen haben und verarbeiten dürfen.

### Mitgliederdaten

Dazu gehören sämtliche persönliche Angaben allgemeiner Natur (z.B. Vor- und Nachnamen, Adresse, Geburtsdatum und -ort, E-Mail-Adresse, Telefonnummer, Bankverbindung) und Berufsdaten (Approbation, ggf. Promotion, weitere fachliche Qualifizierungsnachweise, behördliche Mitteilungen, ggf. Kassenzahnärztliche Daten). Außerdem werden davon Informationen zu berufsrechtlichen Verfahren, Patientenfragen, Anfragen wegen Gutachten und Schlichtung sowie eigene Anfragen der Mitglieder zu berufsbezogenen Sachverhalten erfasst. Im Rahmen der Gleichwertigkeitsprüfung bzw. Weiterbildung gehören dazu auch Informationen zum Qualifizierungsjahr (u.a. Akte der Landesprüfungsamtes), der Weiterbildungszeit und der im jeweiligen Zusammenhang erfolgten Prüfung. Wird der Zahnarzt als Auszubildender tätig, werden auch Daten im Zusammenhang mit dem Berufsausbildungsverhältnis erhoben. Im Rahmen der durch das Land Hessen der Landeszahnärztekammer Hessen als beliehenen Stelle übertragene Qualitätssicherung und Ausstellung der Fachkunde als Zahnärztliche Stelle Röntgen (Röntgenstelle) werden zusätzlich Daten bezüglich der Röntengeräte erfasst.

### Angestellte und Auszubildende der Praxen

Dazu gehören sämtliche persönliche Angaben des Angestellten (z.B. Vor- und Nachnamen, Adresse, E-Mail-Adresse, Telefonnummer) sowie der Sachverhalt, der im Rahmen der Anfrage der Landeszahnärztekammer Hessen bekannt wird. Im Rahmen der Aufstiegsfortbildungen werden zusätzlich zu den Angaben auch Daten zur Arbeitsstelle, Fortbildungsnachweise, zu durchgeführten Prüfungen sowie Begabtenförderung verarbeitet. Bei Auszubildenden gehören neben den persönlichen Angaben auch schulische Daten (Schulabschluss, Berufsschule) sowie Informationen über die Zwischen- und Abschlussprüfung sowie die Prüfungsergebnisse und den Ausbildungsabschluss dazu.

### Patienten bzw. ihre gesetzlichen oder rechtsgeschäftlichen Vertreter

Dazu gehören sämtliche persönliche Angaben (z.B. Vor- und Nachnamen, Adresse, Geburtsdatum und -ort, E-Mail-Adresse, Telefonnummer, behandelnde Ärzte und Zahnärzte, Versicherungsstatus, Gerichtsakten, Gesundheitsdaten in zahnärztlichen Rechnungen sowie Gutachten und Schlichtungsverhandlungen) sowie das Anliegen, die an die Patientenberatungs-, Schlichtungs- und Gutachterstelle sowie im Rahmen von Beschwerden erfolgen. Dazu gehören jedoch keine personenbezogenen Daten von Kindern und Jugendlichen. Weder fordert die Landeszahnärztekammer Hessen solche an, noch sammelt sich wesentlich solche Daten und gibt sie auch nicht an Dritte weiter. Eine technische Vorrichtung zum Schutz einer Übermittlung personenbezogener Daten durch Minderjährige besteht allerdings nicht. Angaben zu Kindern werden nur erhoben, wenn diese durch die Erziehungsberechtigten mitgeteilt werden.

### Sonstige natürliche Personen

Dazu gehören alle personenbezogene Daten, die z.B. bei der Kontaktaufnahme von Mitarbeitern der Vertragspartner der Landeszahnärztekammer Hessen, der Presse oder von behördlichen Angehörigen bekannt werden. Dies sind in der Regel die persönlichen Angaben (Vor- und Nachname, Arbeitgeber oder Behörde, Adresse, Telefonnummer, E-Mail) und der betreffende Sachverhalt der Anfrage.

## 5. Wer erhält ggf. Ihre personenbezogenen Daten übermittelt?

### Mitgliederdaten

Die Landes Zahnärztekammer Hessen übermittelt im Rahmen ihrer gesetzlichen Verpflichtung Mitgliedsdaten halbjährlich an die jeweils zuständigen Gesundheitsämter. Weiterhin erhält die Hessische Zahnärzte-Versorgung (HZV) als teilrechtsfähige Körperschaft Mitgliedsdaten (Vor- und Nachname, Praxis- und Privatanschrift, Telefonnummer und E-Mail-Adresse, Mitgliedsstatus) im Rahmen ihrer Aufgabenerfüllung. Soweit gesetzlich vorgeschrieben, übermittelt die Landes Zahnärztekammer Hessen personenbezogenen Daten an andere Behörden und öffentliche Stellen zur Erfüllung deren gesetzlichen Aufgaben. Dazu zählen u.a. im Zusammenhang mit Sachverhalten zur Approbation oder Gleichwertigkeitsprüfung das Landesprüfungsamt, zur Aufgabenerfüllung der Röntgenstelle die Regierungspräsidien, zur Berufsausbildung nach Berufsbildungsgesetz die Regierungspräsidien und Berufsschulen, zur Überwachung nach dem Medizinproduktegesetz die Regierungspräsidien. Bei Amtshilfeersuchen dazu berechtigter Behörden erhalten die betreffenden Behörden die gesetzlich zulässigen Mitteilungen. Dies gilt insbesondere auch bei Sachverhalten, aufgrund derer die Landes Zahnärztekammer Hessen dem Hessischen Ministerium für Integration und Soziales im Rahmen der staatlichen Aufsicht zur Information verpflichtet ist (z.B. Berufsgerichtsverfahren). Im Rahmen der Gutachtersuche teilt die Landes Zahnärztekammer Hessen die Kontaktdaten geeigneter Zahnärzte den Gerichten und sonstigen Behörden mit. Liegt eine Einwilligung vor, werden Kontaktdaten eines Mitgliedes zur Zustellung der ZM an die Bundes Zahnärztekammer überlassen. Weiterhin werden Mitgliedsdaten im öffentlichen Zahnärzteverzeichnis (Zahnarztsuche) eingestellt.

### Auszubildende der Praxen

Die Landes Zahnärztekammer Hessen übermittelt personenbezogene Daten von Auszubildenden im Rahmen der Berufsausbildung nach dem Berufsbildungsgesetz an die Berufsschulen und die Ausbildungspraxen.

### Interessenten des Stellenmarkts

Von Mitgliedern im Stellenmarkt eingestellte Daten werden Interessenten auf der Internetseite der Landes Zahnärztekammer Hessen zur Einsicht bereitgestellt.

### Auftragsverarbeiter im Auftrag der Landes Zahnärztekammer Hessen

Von der Landes Zahnärztekammer Hessen eingesetzte Auftragsverarbeiter (Art. 28 DSGVO) können im Zusammenhang mit der Aufgabenerfüllung der Landes Zahnärztekammer Hessen Daten erhalten (z.B. im Rahmen der Aktenvernichtung).

### Datenübermittlung in Drittland

Datenübermittlungen in ein Drittland oder an eine internationale Organisation werden nicht veranlasst.

## 6. Welchem Zweck dienen Ihre Daten und mit welcher Rechtfertigung dürfen wir diese nutzen? Wie lange werden die Daten gespeichert?

Die in Ziffer 5 aufgeführten Daten verarbeitet die Landes Zahnärztekammer Hessen für den Zweck der Erfüllung der ihr gesetzlich übertragenen Aufgaben (Rechtsgrundlage ist Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. c DSGVO). Die gesetzlich übertragenen Aufgaben ergeben sich unter anderem aus dem Hessischen Heilberufsgesetz, dem Berufsbildungsgesetz, den Vorschriften zum Strahlenschutz (in Bezug auf die Röntgenstelle) sowie hygienerechtliche Vorschriften. In den Fällen einer Einwilligung in die Datenverarbeitung (z.B. für den Versand der ZM) ergibt sich die Rechtsgrundlage aus Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. a DSGVO. Eine erteilte Einwilligung kann jederzeit gemäß Art. 7 Abs. 3 DSGVO widerrufen werden. Dazu reicht eine Mitteilung per E-Mail an die Landes Zahnärztekammer Hessen. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung bleibt vom Widerruf unberührt.

Soweit erforderlich, verarbeiten wir Daten über die eigentliche Erfüllung des Vertrages hinaus zur Wahrung berechtigter Interessen von uns oder Dritten (z.B. Austausch mit anderen Behörden und öffentlichen Stellen, Geltendmachung rechtlicher Ansprüche und Verteidigung bei rechtlichen Streitigkeiten, Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs der Landes Zahnärztekammer Hessen).

Anfallende Daten löschen wir, nachdem die Speicherung nicht mehr erforderlich ist oder schränken die Verarbeitung ein, falls gesetzliche Aufbewahrungspflichten bestehen (Rechtsgrundlage ist Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. b DSGVO).

## 7. Wo finde ich Informationen zur Datenverarbeitung der elektronischen Angebote der Landes Zahnärztekammer Hessen?

Die Datenschutzerklärung zu unserer Internetseite und unseren sonstigen elektronischen Informationsangeboten finden Sie unter „Datenschutzerklärung“ auf [www.lzkh.de](http://www.lzkh.de).

## 8. Welche Rechte haben Sie im Zusammenhang mit dem Datenschutz?

Sie haben gegenüber uns folgende Rechte hinsichtlich der Sie betreffenden personenbezogenen Daten:

- Recht auf Auskunft,
- Recht auf Berichtigung oder Löschung,
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung,
- Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung,
- Recht auf Datenübertragbarkeit.

## 9. Wie können Sie sich ggf. beschweren?

Sie haben die Möglichkeit, sich über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns zu beschweren:

Der Hessische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit, Herr Prof. Dr. Michael Ronellenfitsch, Postfach 31 63, 65021 Wiesbaden

## 10. Stand und Veröffentlichung

Diese Datenschutzerklärung hat den Stand Juni 2018 und wurde in unserem Mitteilungsblatt „Der Hessische Zahnarzt“ in der Ausgabe Juli/August 2018 im amtlichen Teil veröffentlicht.



**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**

**Landeszahnärztekammer Hessen**  
**Mitgliederverwaltung**  
Rhonestraße 4  
60528 Frankfurt

Bitte achten Sie  
bei Ihrem Lichtbild  
auf einen möglichst  
hellen Hintergrund

## Antrag auf Ausstellung eines Zahnarzteausweises

Bitte den Antrag ausfüllen und mit einem Lichtbild versehen (alternativ können Sie das Bild als Datei per E-Mail an hopp@lzkh.de oder springer@lzkh.de senden).

Der Zahnarzteausweis ist gem. § 6 der Meldeordnung der LZKH bei Wegfall der Mitgliedschaft an die LZKH zurückzugeben.

### Ich beantrage die Ausstellung eines Zahnarzteausweises:

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

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\* wird von der Landes Zahnärztekammer Hessen eingetragen

## **Bitte unbedingt beachten!**

Reichen Sie die folgenden Unterlagen vollständig zusammen mit Ihrer Anmeldung ein, da ansonsten die Bearbeitung nicht möglich ist! Unsere Mitgliederverwaltung wird sich nach Erhalt bei Bedarf mit Ihnen in Verbindung setzen.

### **Beglaubigte Fotokopie:**

- zahnärztliche Approbation
- Promotionsurkunde/n
- Anerkennung/en Fachzahnarzt
- ärztliche Approbation
- Berufungsurkunde zum Professor
- Eheurkunde / Bescheinigung über die Namensänderung
- Habilitationsurkunde/n
- Master-Urkunde/n

### **Einfache Kopien:**

- Prüfungszeugnis
- Berufserlaubnis nach § 13 ZHG für Hessen\*  
Betrifft nur Zahnärztinnen und Zahnärzte, die im **Nicht-EU-Land** studiert haben und denen vom HPLUG die Berufserlaubnis erteilt wurde.

Anmeldung Röntgengeräte (nur bei Niederlassung)

**Die Anmeldung an das Gesundheitsamt schicken Sie bitte selbst an das zuständige Gesundheitsamt.**

### **Hinweis:**

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