

Niederlassungsmeldung

Hiermit teile ich mit, dass ich eine Ordination eröffne:

Persönliche Daten

| | |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Titel | |
| Nachname | |
| Vorname | |
| Berufsbezeichnung | <input type="radio"/> Zahnarzt/Zahnärztin <input type="radio"/> Fachzahnarzt/Fachzahnärztin für Kieferorthopädie <input type="radio"/> Facharzt/Fachärztin für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie |
| Wohnadresse | |
| Mobiltelefon | |
| E-Mailadresse | |
| Zweitwohnsitz | <input type="radio"/> Ja, Adresse: <input type="radio"/> Nein |

Post- und Zustelladresse:

- ☐ Ordination
- ☐ Wohnung
- ☐ Andere: _____

E-Mail-Adresse Newsletter LZÄK: _____

E-Mail-Adresse Schreiben LZÄK: _____

E-Mail-Adresse Finanzunterlagen: _____

Daten zur Ordination (öffentliche Daten auf Homepage der LZÄK)

| | |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Straße und Hausnummer | |
| Postleitzahl, Ort | |
| Telefonnummer Ordination | |
| E-Mailadresse Ordination | |
| Homepage Ordination | |
| Erreichbarkeit | <input type="radio"/> Barrierefrei <input type="radio"/> Aufzug <input type="radio"/> Ebenerdig <input type="radio"/> Parkplatz |

Ordinationszeiten

| | Vormittag (von-bis) | Nachmittag (von-bis) |
|------------|---------------------|----------------------|
| Montag | | |
| Dienstag | | |
| Mittwoch | | |
| Donnerstag | | |
| Freitag | | |
| Samstag | | |
| Sonntag | | |

Termine nach telefonischer Vereinbarung ☐ Ja ☐ Nein

Ordinationsschwerpunkte

- Angstpatienten
- Ästhetische Zahnheilkunde
- Behandlungen in Hypnose
- Behandlungen in Narkose
- Behandlung von Menschen mit besonderen Bedürfnissen
- Bleaching
- Funktions- und Kiefergelenksdiagnostik/-therapie
- Ganzheitliche Zahnheilkunde
- Gerichtssachverständiger
- Kieferorthopädie
- Ausschließlich kieferorthopädisch tätig
- Kinderbehandlung
- Schwer behandelbare Kinder
- Laseranwendung bei Kavitätenpräparation
- Laseranwendung bei Wurzelbehandlung
- Laseranwendung bei chirurgischen Verfahren
- Mobile Behandlungseinheit – Hausbesuche
- Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie
- Parodontologie
- Parodontale Chirurgie
- Prophylaxe – Mundhygiene
- Prothetik
- Schwerpunkt zahnärztliche Chirurgie
- Schwerpunkt Endodontie
- Schwerpunkt Implantologie
- Schwerpunkt Kinderzahnheilkunde
- Softlaserbehandlung

Kassenverträge

- ☐ ÖGK
- ☐ BVAEB
- ☐ SVS
- ☐ KFA Graz
- ☐ KFA Wien
- ☐ KFO-Einzelvertrag
- ☐ Privat

Die Ordination wird als **Apparate und Ordinationsgemeinschaft** geführt

- ☐ Nein
- ☐ Ja, mit: _____

Zusätzlich zu dieser Niederlassung übe ich folgende **zahnärztliche Tätigkeit(en)** aus:

- ☐ Anstellung: _____
Dienstort, Adresse

Wochenstunden
- ☐ Vertretung
- ☐ Zweitordination: _____
Adresse

Mit der Niederlassungsmeldung wird **folgende zahnärztliche Tätigkeit beendet:**

Art der Tätigkeit

Datum

- Ich bin damit einverstanden, dass die von mir angegebenen Ordinationsschwerpunkte auf der Homepage der LZÄK veröffentlicht werden und bei allfälligen Anfragen an Kolleg:innen und Patient:innen weitergegeben werden.

- Ich bin verpflichtet der Landes Zahnärztekammer für Steiermark sämtliche **Änderungen meine Ordination betreffend** (Öffnungszeiten, Adresse, Telefonnummer, E-Mail, etc.) **im Voraus bekannt zu geben.**

- Ich bin verpflichtet der Landes Zahnärztekammer für Steiermark sämtliche **Änderungen meiner persönlichen Daten** (Familienstand, Adresse, Telefonnummer, E-Mail, Geburt von Kindern etc.) **unverzüglich bekannt zu geben.**

Ort, Datum

Unterschrift