

Praxisverlegung

Hiermit teile ich mit, dass ich meine bestehende Ordination in

Postleitzahl, Ort _____

Straße, Hausnummer _____

per (genaues Datum) _____ verlege.

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

Daten zur neuen 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: _____

Post- und Zustelladresse

- ☐ Ordination
- ☐ Wohnung
- ☐ Andere: _____

E-Mail-Adresse Newsletter LZÄK: _____

E-Mail-Adresse Schreiben LZÄK: _____

E-Mail-Adresse Finanzunterlagen: _____

- 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