

# Meldung der Eröffnung einer **ZWEITORDINATION**

\* Titel: \_\_\_\_\_

\* Vor- u. Zuname(n): \_\_\_\_\_

---

---

## Ich teile mit, dass ich eine Zweitordination als

\* Berufsbezeichnung(en):  Facharzt für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde  
(zutreffendes bitte ankreuzen)

Zahnarzt

weitere Berufsbezeichnungen:  Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Arzt für Allgemeinmedizin

Facharzt für \_\_\_\_\_

**am**

\_\_\_\_\_

bitte genaues Datum angeben

**in**

\* Postleitzahl/Ort: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

innerhalb von Graz bitte um Bezirksangabe

\* Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

\* Telefonnr. der Ordination: \_\_\_\_\_

\* Faxnummer der Ordination: \_\_\_\_\_

\* E-Mail der Ordination: \_\_\_\_\_

\* Homepage der Ordination: \_\_\_\_\_

**eröffne.**

---

---

Wohnadresse: \_\_\_\_\_

Plz, Ort

\_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer

Telefonnummer der Wohnung: \_\_\_\_\_

Faxnummer der Wohnung: \_\_\_\_\_

Mobiltelefonnummer: \_\_\_\_\_

---

---

Bitte retournieren Sie das ausgefüllte Formular an die

# Meldung der Eröffnung einer **ZWEITORDINATION**

**\*Ordinationszeiten:**

Uhrzeit – Vormittag (von - bis):

Uhrzeit – Nachmittag (von - bis):

Mo		
Di		
Mi		
Do		
Fr		
Sa		
So		

Telefonische Terminvereinbarung:       ja       nein

\* Aufzug                       ja       nein      \* barrierefrei                       ja       nein  
 \* ebenerdig                       ja       nein      \* Parkplatz                       ja       nein

Apparate- und Ordinationsgemeinschaft mit \_\_\_\_\_

Die mit einem \* versehenen Informationen werden in die „Zahnärztesuche“ auf der Homepage der Landes Zahnärztekammer für Steiermark <http://stmk.zahnaerztekammer.at/> aufgenommen.  
 Die Bekanntgabe, ob Sie Verträge mit den Kassen haben, wird nach Eingang der entsprechenden Verträge automatisch im Internet erfolgen.

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

**Anstellung** bei \_\_\_\_\_  
Angabe der Dienststelle  
 mit \_\_\_\_\_ Wochenstunden.

**werkvertragliche Tätigkeit:** \_\_\_\_\_  
Art der Tätigkeit und Dienststelle  
 \_\_\_\_\_

**Erstordination in** \_\_\_\_\_

**Beendet wird im Zusammenhang mit dieser Meldung der Eröffnung einer Zweitordination folgende zahnärztliche Tätigkeit**

\_\_\_\_\_ Art der Tätigkeit und Dienststelle  
 mit ..... (bitte genaues Datum angeben)

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift