

ANTRAG AUF EINTRAGUNG IN DAS ZAHNARZTREGISTER



Reg. Nr.

Kann eingetragen werden!

Berlin, _____
Datum und Unterschrift Registerführerin

Eingetragen am

Name, Titel

Vorname(n)

Geburtsname

Familienstand

Wohnungsanschrift

Geburtsdatum, Geburtsort, Geburtsland

Staatsbürgerschaft

Fremdsprachenkenntnisse

Datum, Ort der Approbation

Datum, Ort der Promotion

Datum, Ort des akademischen Grad

Telefonnummer

E-Mail

Dem Antrag werden beigelegt:

☐ Antragsgebühr i. H. v. 100,- Euro

☐ ggf. Promotionsurkunde*

☐ Geburtsurkunde*

☐ ggf. Urkunde über akademischen Grad*

☐ Approbationsurkunde*

☐ ggf. Einbürgerungsurkunde*

☐ Anlage - Aufstellung der zahnärztlichen Tätigkeiten mit entsprechenden Bestätigungen

Ort, Datum

Unterschrift

*Die Urkunden müssen im Original vorgelegt werden. Deshalb vereinbaren Sie bitte zur Vorlage der Original-Urkunden und zur Abgabe des Registerantrages vorab einen Termin unter 030 89004 - 411. Die Gebühr können Sie in dem Termin mit Ihrer Girocard bezahlen.



Name des Antragstellers: _____

Aufstellung der zahnärztlichen Tätigkeiten **nach Erteilung der Approbation** gem. § 4 Abs. 2 c) Zahnärzte-ZV:

Datum		ganztags / halbtags	Vorbereitungs- zeit in Monaten/Tagen	Art der Tätigkeit	Name und Ort der Praxis, Klinik oder Einrichtung
Beginn	Ende				
Summe Vorbereitungszeit					