



Landes-zahnärztekammer Thüringen
 Barbarosahof 16
 99092 Erfurt

Anzeige einer vorübergehenden und gelegentlichen Berufsausübung im Rahmen des Dienstleistungsverkehrs nach Europarecht

Hiermit zeige ich meine vorübergehende und gelegentliche Berufsausübung als Zahnarzt im Rahmen des Dienstleistungsverkehrs in Thüringen an.

| | | | | | |
|--------------|------------|---------|-------------|-------|---------------------|
| Name | | Vorname | | Titel | |
| Geburtsdatum | Geburtsort | | Geburtsname | | Staatsangehörigkeit |

Privatanschrift

| | | | | | |
|---------|-------|------------------|--------|--|--|
| Straße | | PLZ / Ort / Land | | | |
| Telefon | Mobil | | E-Mail | | |

Anschrift der Berufsausübungsstätte im Herkunftsstaat

| | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------------|--------|--|--|
| Zahnarztpraxis / Einrichtung | | | | | |
| Straße | | PLZ / Ort / Land | | | |
| Telefon | Mobil | | E-Mail | | |
| Tätigkeit als <input type="checkbox"/> selbstständiger Zahnarzt <input type="checkbox"/> angestellter Zahnarzt | | | | | |

Angaben zur Berufsausübungsstätte in Thüringen

| | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------------|--------|--|--|
| Zahnarztpraxis / Einrichtung | | | | | |
| Straße | | PLZ / Ort / Land | | | |
| Telefon | Mobil | | E-Mail | | |
| Tätigkeit als <input type="checkbox"/> selbstständiger Zahnarzt <input type="checkbox"/> angestellter Zahnarzt <input type="checkbox"/> | | | | | |
| Geplanter Umfang und Dauer der vorübergehenden und gelegentlichen Berufsausübung in Thüringen | | | | | |

Angaben zur Qualifikation

| | | | |
|-------------------------------|--|------|--|
| Zahnärztliche Approbation vom | | Land | |
| Zahnärztliche Promotion vom | | Land | |
| Ärztliche Approbation vom | | Land | |
| Ärztliche Promotion vom | | Land | |
| Fachgebietsbezeichnung | | Land | |

Zuständige Aufsichtsbehörde am Ort der Niederlassung in der EU

| | |
|------|---------|
| Name | Adresse |
|------|---------|

Dieser Anzeige sind folgende Unterlagen beizufügen:

- Zahnärztliche Approbation des jeweiligen EU-Staates
- Promotionsurkunde des jeweiligen EU-Staates
- Ärztliche Approbation des jeweiligen EU-Staates
- Fachzahnarztanerkennungen des jeweiligen EU-Staates
- Nachweis Ihrer vorübergehenden Beschäftigung in Thüringen (Arbeitsvertrag etc.)*)
- Nachweis über Ihre Staatsangehörigkeit
- Eine Bescheinigung darüber, dass Sie in einem Mitgliedstaat rechtmäßig als Zahnarzt niedergelassen sind, Ihnen die Berufsausübung zum Zeitpunkt der Vorlage der Bescheinigung nicht untersagt ist und darüber, dass keine Vorstrafen vorliegen*)
- Angaben zu Ihrem Versicherungsschutz oder einer anderen Art des individuellen oder kollektiven Schutzes in Bezug auf die Berufshaftpflicht*)
- Nachweis der erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache

*) Die Unterlagen dürfen nicht älter als 12 Monate sein.

Die Unterlagen sind in Form von Originalen oder beglaubigten Kopien vorzulegen. Die Unterlagen sind in der Regel in deutscher Sprache oder als beglaubigte Kopie einer deutschen Übersetzung vorzulegen. Die Übersetzungen müssen von Dolmetschern oder Übersetzern angefertigt werden, die öffentlich bestellt oder beeidigt sind. Die Übersetzungen müssen vom Original oder von den beglaubigten Kopien angefertigt werden. Dies ist vom Übersetzer zu bescheinigen.

Wenn Sie Ihren Antrag elektronisch über den Einheitlichen Ansprechpartner einreichen, können nur Unterlagen, die in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ausgestellt oder anerkannt wurden, auch elektronisch übermittelt werden. Hat die zuständige Behörde begründete Zweifel an der Echtheit der übermittelten Unterlagen, kann sie die Vorlage beglaubigter Kopien verlangen.

Abschlussklärung

Ich versichere die Richtigkeit aller von mir gemachten Angaben.

| |
|------------|
| Ort, Datum |
|------------|

| |
|--------------|
| Unterschrift |
|--------------|

Ansprechpartner:

Landes Zahnärztekammer Thüringen
Mitgliederverwaltung
Barbarossahof 16
99092 Erfurt
Telefon 03 61 / 74 32-104
Telefax 03 61 / 74 32-150
Internet: www.lzkth.de
Email: info@lzkth.de