



## Datenerfassungsbogen

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

### Praxis

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

### Privat

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Beginn des zahnärztlichen Studiums am: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_

Zahnärztliche Approbation am: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_

Zahnärztliche Promotion am: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_

Ärztliche Approbation am: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_

Ärztliche Promotion am: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_

Anerkennung laut Weiterbildungsordnung der ZÄK-MV: \_\_\_\_\_

### Berufshaftpflichtversicherung

Bei folgendem Versicherungsunternehmen besteht Berufshaftpflichtversicherungsschutz:

\_\_\_\_\_

Deckungssumme: \_\_\_\_\_ EUR



**Vorbereitungs- bzw. Weiterbildungszeit:**

- Klinik/Zahnarztpraxis: \_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_
- Klinik/Zahnarztpraxis: \_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_
- Klinik/Zahnarztpraxis: \_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_
- Universitätsklinik o. ä.: \_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_
- Bundeswehr: \_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

**Derzeitige Tätigkeit**

- Praxis/Klinik: \_\_\_\_\_ als: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_
- Universitätsklinik o. ä.: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_
- Bundeswehr: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_
- ohne Tätigkeit seit: \_\_\_\_\_
- in eigener Praxis tätig seit: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel