



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