

Fax: 03 55/3 81 48-48

Änderungsmeldebogen

für Praxis- und Privatangaben, Beschäftigtenstatistik und Spezialisierungsliste

Zahnarztpraxis

Änderung per

Geänderte Angaben für **Praxis oder Dienststelle**

Adresse Praxis/Dienststelle:

Tel.-Nr. Praxis/Dienststelle: Mobil:

Fax-Nr. Praxis/Dienststelle:

E-Mail: Internet:

Geänderte Angaben für **private Anschrift**

Adresse:

Tel.-Nr: Mobil:

Fax-Nr.:

E-Mail: Internet:

Anzahl der Praxismitarbeiter entsprechend ihrer Qualifikation

Personal der Zahnarztpraxis	Anzahl der Mitarbeiter (Gesamt)	<u>davon</u> in Teilzeit
Zahnmedizinische/-r Fachangestellte/-r ¹ (ZFA)	.	.
Zahnmedizinische Verwaltungsassistent/-in (ZMV)	.	..
Zahnmedizinische Prophylaxeassistent/-in (ZMP)	.	.
sonstiges Hilfspersonal (ohne Azubi u. Reinigungskräfte)	.	.
Personal des Praxislabor	Anzahl der Mitarbeiter (Gesamt)	<u>davon</u> in Teilzeit
Zahntechnikermeister	.	
Zahntechniker		
zahntechnische Hilfskräfte		

¹ hier zählen auch Stomatologische Schwestern bzw. Zahnarztthelfer/-innen

Fax: 03 55/3 81 48-48

Besonderheiten und Spezialisierungen in der Zahnarztpraxis

Über folgende Besonderheiten und Spezialisierungen führt die Landeszahnärztekammer Brandenburg Listen, um im Bedarfsfall Patienten und Kollegen entsprechende Informationen zur Verfügung stellen zu können. Wenn Sie sich für eine der Listen eintragen lassen wollen, bitten wir Sie, das dementsprechend **anzukreuzen**:

Akupunktur

Alterszahnheilkunde

Ambulante Behandlung in Narkose

Angstpatienten

Behindertenbehandlung

Computergestützte Restaurationen

Endodontologie

Fremdsprache(n):

Funktionsanalyse und –therapie / Behandlung CMD

Ganzheitliche Zahnheilkunde

Hausbesuche möglich

Homöopathie

Hypnose

Implantatprothetik

Implantologie

Kieferorthopädie

Kinder- und Jugendzahnheilkunde

Laserbehandlung

Naturheilverfahren

Parodontologie

Präventive Zahnheilkunde

Professionelle Zahnreinigung

Prothetik

Psychosomatische Zahnmedizin

Rollstuhlgerechte Praxis

Schmerztherapie-Neuraltherapie

Schnarchtherapie

Umweltzahnmedizin

Zahnärztliche Chirurgie

Datum _____

Unterschrift _____