

Per Fax an 050511 9023

oder per Email an podlucky@ktn.zahnaerztekammer.at

ANMELDEFORMULAR

- Ja**, ich möchte mich als spezialisierte Zahnärztin/als spezialisierter Zahnarzt in der Plattformliste für zahnärztliche Zuweiserverpraxen der Landes Zahnärztekammer Kärnten eintragen lassen.
- Ja**, ich akzeptiere die „Überweiser-Etikette“ und werde ausschließlich die von der zuweisenden Kollegin/vom zuweisenden Kollegen gewünschte Spezialleistung erbringen.

Ich bin Spezialist für (bitte ankreuzen)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Zahnärztliche Chirurgie | <input type="checkbox"/> Parodontologie |
| <input type="checkbox"/> Kieferorthopädie | <input type="checkbox"/> Komplementärmedizin |
| <input type="checkbox"/> Zahnärztliche Endodontie | <input type="checkbox"/> Implantologie |
| <input type="checkbox"/> Kinderzahnheilkunde | <input type="checkbox"/> Komplexe Prothetik, Ästhetik |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | |

NAME:	
ZAHNARZT / FACHARZT:	
KASSENVERTRAG:	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
STRASSE:	
PLZ / ORT:	
TELEFON:	
MOBIL:	
FAX:	
Genaue Beschreibung einzelner Leistungen des Spezialgebietes:	
KONTAKTZEITEN:	

.....
Ort, Datum

Stempel und Unterschrift