

Per Fax an 050511 9023

oder per Email an brenner@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="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| STRASSE: | |
| PLZ / ORT: | |
| TELEFON: | |
| MOBIL: | |
| FAX: | |
| Genaue Beschreibung einzelner Leistungen des Spezialgebietes: | |
| KONTAKTZEITEN: | |

.....
Ort, Datum

Stempel und Unterschrift