



Anmeldung zur Mitgliedschaft

Rücksendung an:

Bezirkszahnärztekammer Koblenz, Bubenheimer Bann 14, 56070 Koblenz

Dieser Fragebogen dient zur Aufnahme der Stammdaten sowohl für die Bezirkszahnärztekammer Koblenz als auch für die Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz. Änderungen Ihrer Personalien bitten wir unverzüglich mitzuteilen.

Senden Sie bitte diesen vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Meldebogen mit Ihren persönlichen Unterlagen an obenstehende Anschrift. Bitte reichen Sie die Unterlagen vollständig zusammen mit Ihrer Anmeldung ein, da ansonsten die Bearbeitung nicht möglich ist!

☐ **Neuaufnahme** (Erstmitgliedschaft)

Bitte ankreuzen, wenn Sie sich zum ersten Mal bei einer Zahnärztekammer anmelden.

☐ **Zugang aus dem Kammerbereich:** _____

Bitte nur ankreuzen, wenn Sie bereits Mitglied in einer anderen Landes- oder Bezirkszahnärztekammer (**bitte Namen der Kammer angeben**) waren. Bitte ggf. ergänzen mit der Angabe ZBV bei Zugang aus dem Kammerbereich Bayern, BZK bei Zugang aus dem Kammerbereich Baden-Württemberg, Bezirksstelle bei Zugang aus dem Kammerbereich Nordrhein.

☐ **Zugang innerhalb Rheinland-Pfalz:** _____

Bitte nur ankreuzen, wenn Sie bereits Mitglied in einer Kammer waren, die der Landes- oder Bezirkszahnärztekammer Rheinland-Pfalz unterstellt ist (bitte Namen der Kammer angeben).

Hinweis: Die Abmeldung bei der bisher zuständigen Zahnärztekammer und der Versand der Mitgliedsakte an die zukünftig zuständige Kammer sind durch Sie zu veranlassen.

1. Persönliche Daten

Anrede: _____ Titel: _____ ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers

Familienname: _____ ggf. Geburtsname: _____

Vorname(n): _____
(Rufname unterstreichen)

Geburtsdatum: _____ Geburtsort/Geburtsland: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Familienstand: _____

2. Privatanschrift

Straße: _____ PLZ und Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

(u.a. für den Versand von öffentlichen Mitteilungen wie z.B. das Rundschreiben der BZK Koblenz und persönliche / vertrauliche Korrespondenz)

3. Studienabschluss / Approbation(en) / Berufserlaubnis

(Bitte beglaubigte Kopien der Urkunde(n) beifügen)

☐ Approbation als Zahnarzt/Zahnärztin ausgestellt am: _____ in: _____

☐ Approbation als Arzt/Ärztin ausgestellt am: _____ in: _____

☐ Berufserlaubnis (§ 13 ZHG) für Rheinland-Pfalz gültig vom: _____ bis: _____

4. Promotion(en) (Bitte beglaubigte Kopien der Urkunde(n) beifügen)

☐ Dr. med. dent. am: _____ Universität: _____

☐ Dr. med. am: _____ Universität: _____

☐ Sonstiges: _____

Die Führung ausländischer akademischer Grade, Ehrenggrade, Hochschultitel oder -Bezeichnungen richtet sich nach [§ 31 HochSchG RLP](#). Gemäß § 132a StGB ist es strafbar, unbefugt inländische oder ausländische Dokortitel zu führen. Für Auskünfte zur Rechtslage können Sie sich an das rheinland-pfälzische Ministerium für Wissenschaft, Weiterbildung und Gesundheit wenden:

<https://mwwg.rlp.de/themen/wissenschaft/internationalisierung/im-ausland-erworbene-akademische-grade>

☐ Verleihungsurkunde

☐ ggf. Übersetzung eines vereidigten Dolmetschers

5. Fachzahnärztliche Gebietsbezeichnungen (Bitte beglaubigte Kopien der Urkunde(n) beifügen)

☐ Gebietsbezeichnung Fachzahnarzt/-zahnärztin für Kieferorthopädie

am: _____ durch Zahnärztekammer: _____

☐ Gebietsbezeichnung Fachzahnarzt/-zahnärztin für Oralchirurgie

am: _____ durch Zahnärztekammer: _____

☐ Gebietsbezeichnung Fachzahnarzt/-zahnärztin für Parodontologie

am: _____ durch Zahnärztekammer: _____

☐ Gebietsbezeichnung Fachzahnarzt/-zahnärztin für öffentliches Gesundheitswesen

☐ Sonstige fachzahnärztliche Gebietsbezeichnung: _____

am: _____ durch Zahnärztekammer: _____

☐ Facharzt/-ärztin für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

am: _____ durch Ärztekammer: _____

6. Erwerb der Fachkunde im Strahlenschutz

(Bitte Kopie der Urkunde bzw. Bescheinigung der letzten Aktualisierung beifügen)

☐ Urkunde ausgestellt am: _____ in: _____

☐ Letzte Aktualisierung am: _____ in: _____

7. Art und Umfang der Berufsausübung in Rheinland-Pfalz

☐ selbständige Tätigkeit / niedergelassen ab _____ Anzahl Std./Woche _____

Praxisanschrift:

Ggf. abweichender Praxisname (optional): _____

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Telefax: _____

E-Mail: _____

☐ Praxisneugründung ☐ Praxisübernahme von: _____

☐ Berufsausübungsgemeinschaft mit: _____
(ggf. auch überörtliche BAG)

☐ BAG ☐ ÜBAG ☐ KÜBAG

An weiteren Praxisorten der BAG / ÜBAG / KÜBAG (PLZ, Ort, Straße):

_____ bin ich zahnärztlich ☐ tätig ☐ nicht tätig

_____ bin ich zahnärztlich ☐ tätig ☐ nicht tätig

☐ Praxisgemeinschaft mit (alle Partner angeben): _____

☐ Zweigpraxis / Hauptpraxis in: _____
(PLZ / Ort)

☐ KZV-Abrechnungsnummer: _____ ☐ keine Zulassung, Privatpraxis
(Berufshaftpflichtnachweis beifügen)

☐ Tätigkeit in einem Medizinischen Versorgungszentrum

Tätigkeitsbeginn am: _____ Umfang der Tätigkeit: _____ Std/Woche

☐ Niedergelassen als zahnärztlicher Leiter/in

☐ Angestellter Zahnarzt/ Angestellte Zahnärztin als zahnärztlicher Leiter/in

☐ Angestellter Zahnarzt / Angestellte Zahnärztin in nichtleitender Position

☐ in Weiterbildung

☐ Assistent/in: ☐ mit Berufserlaubnis ☐ zur Vorbereitung ☐ zur Weiterbildung ☐ zur Entlastung

Anschrift MVZ:

Ggf. abweichender Praxisname (optional): _____

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

Ort meiner Haupttätigkeit ist _____
(bitte nur eintragen, falls Sie in einer Praxis mit mehreren Standorten tätig werden)

☐ nichtselbständige Tätigkeit ab: _____

Umfang der Tätigkeit: _____ Std/Woche

☐ Assistent/in: ☐ mit Berufserlaubnis ☐ zur Vorbereitung ☐ zur Weiterbildung ☐ zur Entlastung

☐ Vertreter/in

☐ angestellter Zahnarzt / angestellte Zahnärztin

☐ (Universitäts-) Klinik in der Funktion als: _____ liquidationsberechtigt ☐ ja ☐ nein

☐ Öffentlicher Dienst / Funktion: _____

☐ Bundeswehr / Funktion: _____

Kurativ tätig ☐ ja ☐ nein

Bei kurativer Tätigkeit:

liquidationsberechtigt ☐ ja ☐ nein

☐ Sonstiges: _____

Name und Anschrift des Arbeitgebers, ggf. Dienststelle/Abteilung

8. Antrag auf Ermäßigung des Kammerbeitrages

☐ Ich beantrage die Ermäßigung meines Kammerbeitrages wegen gleichzeitiger Pflichtmitgliedschaft in einer Zahnärztekammer eines anderen Bundeslandes (Bitte entsprechende Mitgliedsbescheinigung beilegen/ wichtig für die Berechnung des LZK-/BZK-Beitrages)

☐ Ich beantrage die Ermäßigung meines Kammerbeitrages wegen gleichzeitiger Pflichtmitgliedschaft in einer anderen Ärzte- oder Zahnärztekammer (Bitte entsprechende Mitgliedsbescheinigung beilegen/ wichtig für die Berechnung des LZK-/BZK-Beitrages)

9. Sonstige Angaben und Bemerkungen

Diesem Meldebogen füge ich **beglaubigte** Kopien folgender Urkunden bei:

- | | |
|--|--|
| ☐ zahnärztliche Approbation | ☐ Berufserlaubnis nach § 13 ZHG für RLP |
| ☐ Urkunde über Fachzahnärztliche/Fachärztliche Gebietsbezeichnung(en) | |
| ☐ ärztliche Approbation | ☐ Promotionsurkunde(n) |

Diesem Meldebogen füge ich **einfache** Kopien folgender Dokumente bei:

- | | |
|--|---|
| ☐ Prüfungszeugnis | ☐ Nachweis Fachkunde im Strahlenschutz und
ggf. letzte Aktualisierung |
| ☐ Sonstiges _____ | |

Datenschutz und Einverständniserklärung:

Die Daten werden aufgrund § 3 Abs. 10 Heilberufsgesetz Rheinland-Pfalz in Verbindung mit § 4 der Hauptsatzung der LZK, § 4 Hauptsatzung BZK Koblenz erhoben. Sowohl die LZK als auch die BZK Koblenz sind zur Verarbeitung der von Ihnen angegebenen Daten aufgrund ihrer gesetzlichen Funktion berechtigt. Dabei werden die datenschutzrechtlichen Vorgaben selbstverständlich beachtet.

Wir geben Ihre Daten nur in den durch Gesetz vorgesehenen Fällen an Dritte weiter (u.a. LZK, KZV, Versorgungseinrichtung, Gesundheitsamt, Aufsichtsbehörden). Für die Weitergabe Ihrer Daten an die folgenden Empfänger brauchen wir Ihr Einverständnis:

- Bundeszahnärztekammer für die Gesamtstatistik der Zahnärzte und für den Bezug der Zahnärztlichen Mitteilungen (ZM),
- LAGZ RLP für Informationen zur Gruppenprophylaxe,
- zur Aufnahme in das online-Zahnarztsuchverzeichnis der LZK

Ich stimme der Weitergabe meiner Daten an die oben genannten Empfänger zu. Mir ist bekannt, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die BZK Koblenz widerrufen kann (§ 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist ebenso bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (§ 7 Abs. 3 S. 2 DSGVO).

Ich erkläre mich außerdem damit einverstanden, dass meine vollständigen Mitgliedsdaten bei einem Wechsel in einen anderen Kammerbereich an die nachfolgend zuständige Zahnärztekammer weitergegeben werden.

Der Meldebogen wurde von mir persönlich ausgefüllt; die Angaben wurden nach bestem Wissen gemacht.

Ort / Datum

Unterschrift des Antragstellers

Bezirkszahnärztekammer Koblenz

Körperschaft des öffentlichen Rechts



56070 Koblenz
Bubenheimer Bann 14
Telefax (0261) 30 90 11
E-Mail: info@bzkkko.de

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-ID: **DE41BZK00000296342**/Mandatsreferenz: _____

Ich ermächtige die BZK Koblenz ab sofort Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der BZK Koblenz auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name der/des Beitragspflichtigen*	
Kontoinhaber/in*	
Kreditinstitut*	
IBAN*	
BIC*	

Bei Änderung meiner Bankverbindung/Anschrift verpflichte ich mich, diese umgehend der Bezirkszahnärztekammer Koblenz mitzuteilen. Ich bin darüber aufgeklärt, dass ansonsten eine Bankgebühr pro Buchung fällig wird.

Ort*, Datum* und Unterschrift*

*Pflichtangaben

Abbuchungstermine für wiederkehrende Zahlungen (Pre-Notification)

- Sofern eine Einzugsermächtigung erteilt wird, zieht die BZK Koblenz den Beitrag im 2. Quartalsmonat ein.
- Abbuchungstermine für andere Zahlungen werden Ihnen gesondert mitgeteilt.
- Fällt der Fälligkeitstag auf ein Wochenende oder einen Feiertag verschiebt sich der Fälligkeitstag auf den ersten folgenden Werktag.
- Soweit keine Einzugsermächtigung erfolgte, wird ein Aufschlag von € 5,-- monatlich berechnet.
- Durch Zahlungsverzug entstehende externe Kosten werden dem Mitglied zuzüglich einer Mahngebühr belastet.

Bitte senden Sie das vollständig ausgefüllte Formular via E-Mail oder per Post an uns zurück.



Beitragstabelle

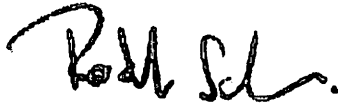
Anlage zu § 1 Abs. 3 der Beitragsordnung der Bezirkszahnärztekammer Koblenz
Beitrag ab 01.01.2026

Bezeichnung	Monatsbeitrag
<u>Beitragsgruppe 1</u>	88,00 €
a) selbstständig tätige Zahnärzte, Vertragszahnärzte in Medizinischen Versorgungszentren, beamtete oder angestellte Zahnärzte, denen die Ausübung einer Privatpraxis gestattet ist, in leitender Stellung an Medizinischen Versorgungszentren tätige Zahnärzte	
b) ermäßigter Beitrag bei gleichzeitiger Pflichtmitgliedschaft in einer anderen Ärzte- oder Zahnärztekammer, Antrag und Nachweis erforderlich	62,00 €
c) ermäßigter Beitrag bei geringfügiger Praxistätigkeit (Jahresumsatz aus zahnärztlicher Tätigkeit unter 70.000 €), Antrag und Nachweis erforderlich	41,00 €
d) selbstständig tätige Zahnärzte als Betreiber von Mehrstandortpraxen und/oder in leitender Stellung an Medizinischen Versorgungszentren tätige Zahnärzte, Zuschlag zu 1 a, je weiterer Standort	43,00 €
e) Zuschlag pro angestelltem Zahnarzt/Zahnärztin zu den Beitragsgruppen 1 a – c	15,00 €
<u>Beitragsgruppe 2</u>	56,00 €
a) angestellte Zahnärzte, Entlastungsassistenten, Vertreter, beamtete Zahnärzte und Sanitätsoffiziere, (auch in Weiterbildung) soweit sie nicht unter die Beitragsgruppe 1 fallen	
b) ermäßigter Beitrag bei gleichzeitiger Pflichtmitgliedschaft in einer anderen Ärzte- oder Zahnärztekammer, Antrag und Nachweis erforderlich	39,00 €
c) ermäßigter Beitrag bei geringfügiger Praxistätigkeit (Jahreseinkommen unter 36.000 €), Antrag und Nachweis erforderlich	39,00 €
<u>Beitragsgruppe 3</u> nicht behandelnd tätige beamtete oder angestellte Zahnärzte, insbesondere im öffentlichen Dienst	41,00 €
<u>Beitragsgruppe 4</u> Vorbereitungs-, Weiterbildungsassistenten, Assistenten mit Berufserlaubnis (ohne deutsche Approbation)	29,00 €
<u>Beitragsgruppe 5</u> Volontärassistenten, Stipendiaten, Zahnärztinnen im Mutterschutz, Zahnärzte in Elternzeit, Zahnärzte mit ruhender Kassenzulassung, freiwillige Mitglieder	7,00 €
Änderungen der Beitragsgruppe werden erst ab dem Folgemonat nach Antrag bzw. Nachweis berücksichtigt.	

Erstreckt sich die Kammermitgliedschaft bzw. Zugehörigkeit zu einer Beitragsgruppe nicht auf ein volles Quartal, so wird ein entsprechender Teilbetrag erhoben.

Ein Rechtsanspruch des Beitragspflichtigen hierauf besteht jedoch nicht.

Die Beiträge sind vierteljährlich unaufgefordert vor Quartalsbeginn auf das Konto der Bezirkszahnärztekammer Koblenz bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank eGmbH Koblenz, IBAN: DE06 3006 0601 0001 0559 92, BIC: DAAEEDDDXXX, Konto-Nr. 000 1055992 (BLZ 300 606 01) zu überweisen. Soweit keine Einzugsermächtigung erfolgte, wird ein Aufschlag von € 5,-- monatlich berechnet. Durch Zahlungsverzug entstehende externe Kosten werden dem Mitglied zuzüglich einer Mahngebühr belastet. Sofern eine Einzugsermächtigung erteilt wird, zieht die BZK Koblenz den Beitrag im 2. Quartalsmonat ein.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'R. Schwan'.

Robert Schwan
Vorsitzender der Bezirkszahnärztekammer Koblenz

Beitragsstabelle der Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz für das Jahr 2026

Anlage zu § 2 Abs. 1 der Beitragsordnung der Landeszahnärztekammer (LZK), beschlossen durch die
Vertreterversammlung der LZK am 22. November 2025

Veränderungen der beruflichen Tätigkeit sind unverzüglich der zuständigen Bezirkszahnärztekammer anzuzeigen.

Beitragsgruppe 1	• in eigener Praxis, Berufsausübungsgemeinschaft oder Praxisgemeinschaft selbstständig tätige Zahnärztinnen und Zahnärzte, • als Leiter, Gesellschafter oder Geschäftsführer eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) im MVZ tätige oder zugelassene Zahnärztinnen und Zahnärzte, • in Einrichtungen nach § 3 Abs. 3 Satz 2 Z-ZVⁱ unselbstständig tätige oder beamtete Zahnärztinnen und Zahnärzte und Sanitätsoffiziere mit Liquidationsberechtigung Mitglieder, die auch Pflichtmitglied in einer Ärztekammer sind, sowie Mitglieder, die gleichzeitig Pflichtmitglied in einer Zahnärztekammer eines anderen Bundeslandes sind, bezahlen 70% des Beitrages (Antrag und Nachweis erforderlich).	pro Monat 75,00 € 52,50 €
Beitragsgruppe 2	• in einer Praxis, Berufsausübungsgemeinschaft, Praxisgemeinschaft oder MVZ angestellte Zahnärztinnen und Zahnärzte (auch in Weiterbildung im Sinne der Weiterbildungsordnung der LZK), • in Einrichtungen nach § 3 Abs. 3 Satz 2 Z-ZV unselbstständig tätige oder beamtete Zahnärztinnen und Zahnärzte und Sanitätsoffiziere ohne Liquidationsberechtigung, • Entlastungsassistentinnen und -assistenten, Vertreterinnen und Vertreter nach § 32 Abs. 1 Z-ZVⁱⁱ Mitglieder, die auch Pflichtmitglied in einer Ärztekammer sind, sowie Mitglieder, die gleichzeitig Pflichtmitglied in einer Zahnärztekammer eines anderen Bundeslandes sind, bezahlen 70% des Beitrages (Antrag und Nachweis erforderlich).	pro Monat 60,00 € 42,00 €
Beitragsgruppe 3	• Vorbereitungsassistentinnen und -assistenten im Sinne der Z-ZV[*] • Mitglieder in Elternzeit mit zahnärztlicher Tätigkeit • Assistentinnen und Assistenten mit Berufserlaubnis (ohne deutsche Approbation) [*]Für Assistentinnen und Assistenten der Universitätsmedizin Mainz kann die Vorbereitungszeit mit max. 1 Jahr und 9 Monaten angerechnet werden.	pro Monat 39,00 €
Beitragsgruppe 4	in Einrichtungen nach § 3 Abs. 3 Satz 2 Z-ZV nicht behandelnd tätige Zahnärztinnen und Zahnärzte und Sanitätsoffiziere	pro Monat 28,00 €
Beitragsgruppe 5	• Zahnärztinnen im Mutterschutz und mit Beschäftigungsverbot; • Mitglieder in Elternzeit ohne zahnärztliche Tätigkeit; • Mitglieder mit ruhender Zulassung ohne zahnärztliche Tätigkeit; • Freiwillige Mitglieder	pro Monat 16,00 €

i Universitätszahnkliniken, Zahnstationen eines Krankenhauses oder des öffentlichen Gesundheitsdienstes oder der Bundeswehr oder Zahnkliniken.

ii Der Vertragszahnarzt hat die vertragszahnärztliche Tätigkeit persönlich in freier Praxis auszuüben. Bei Krankheit, Urlaub oder Teilnahme an zahnärztlicher Fortbildung oder an einer Wehrübung kann er sich innerhalb von zwölf Monaten bis zur Dauer von drei Monaten vertreten lassen. Eine Vertragszahnärztin kann sich in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang mit einer Entbindung bis zu einer Dauer von zwölf Monaten vertreten lassen. Dauert die Vertretung länger als eine Woche, so ist sie der Kassenzahnärztlichen Vereinigung mitzuteilen. Der Vertragszahnarzt darf sich nur durch einen Vertragszahnarzt oder einen Zahnarzt vertreten lassen, der die Voraussetzungen des § 3 Abs. 3 Satz 1 zweiter Halbsatz nachweisen kann. § 3 Abs. 4 gilt. Überschreitet innerhalb von zwölf Monaten die Dauer der Vertretung einen Monat, kann die Kassenzahnärztliche Vereinigung beim Vertragszahnarzt oder beim Vertreter überprüfen, ob der Vertreter die Voraussetzungen nach Satz 5 erfüllt und keine Ungeeignetheit nach § 21 vorliegt.

Mitglieds-Nummer:

Landes Zahnärztekammer Rheinland-Pfalz
Langenbeckstraße 2
55131 Mainz

Tel.: 06131/96136-60
Fax: 06131/96136-89

Antrag auf Ausstellung eines Mitgliedsausweises

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich aus folgendem Grund einen Mitgliedsausweis:

Neumitgliedschaft

☐

Verlust

☐

oder sonstiger Grund

☐

Ich bitte den Ausweis an folgende Adresse zu senden:

Herr / Frau:

Titel:

Nachname:

Vorname:

Straße:

PLZ, Ort:

Zusätzlich benötigte Angaben:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Ich habe mich bereits bei der Bezirkszahnärztekammer angemeldet.

Mit freundlichen Grüßen

Datum, Unterschrift