

# Kieferorthopäden in Schleswig-Holstein e.V. (KFO-SH e.V.)



1. Vorsitzende Dr. Nicola Kühne, 2. Vorsitzender Dr. Nils Borchers.

## Aufnahmeantrag

\_\_\_\_\_  
Titel / Vorname / Name

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße / Hausnummer, Postleitzahl / Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
E-Mail Adresse

\_\_\_\_\_  
Fax-Nr.

Bitte zutreffendes ankreuzen, bzw. ergänzen:

- Ich bin als Weiterbildungsassistent/in im Bereich der ZÄK Schleswig-Holstein und seit \_\_\_\_\_ in der Praxis / Uni \_\_\_\_\_ angestellt.  
Voraussichtliches Ende der Weiterbildung: \_\_\_\_\_.
- Ich bin Fachzahnarzt / Fachzahnärztin für Kieferorthopädie.  
Jahr der Prüfung \_\_\_\_\_ durch ZÄK \_\_\_\_\_.
  
- Ich bin Mitglied der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein.
- Ich bin niedergelassen seit \_\_\_\_\_.
- Ich bin ausschließlich auf dem Gebiet der KFO in eigener, freier Praxis tätig.
- Ich bin bei einem(r) Fachzahnarzt/Fachzahnärztin für Kieferorthopädie in freier Praxis als Fachzahnarzt/Fachzahnärztin für Kieferorthopädie angestellt.
- Ich bin im öffentlichen Dienst beschäftigt.
- Ich bin als Hochschullehrer/in auf dem Gebiet der Kieferorthopädie tätig.

Der derzeitige Beitrag für Vollmitglieder beträgt 100,- Euro pro Kalenderjahr.

Der derzeitige Beitrag für Assistenz Zahnärzte in der Weiterbildung beträgt 50,- Euro pro Kalenderjahr bis in das Jahr der Niederlassung.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Den Antrag bitte per Post an: KFO-SH e.V. z.Hd. Ole Bock Am Herrkamp 14a 24226 Heikendorf**

Für interne Vermerke: