



## ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT in der Arbeitsgemeinschaft für Röntgenologie

**Arbeitsgemeinschaft Röntgenologie  
innerhalb der Deutschen Gesellschaft  
für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde  
e.V. (DGZMK)**

Vorstand

Dr. Christian Scheifele  
Leiter FB Zahnärztliches Röntgen  
Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde  
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf - O58  
Martinistr. 52, 20246 Hamburg

Telefon +49 (0)40 7410-53649  
Fax +49 (0)40 7410-54701  
scheifele@uke.de

**Die Mitgliedschaft in der ARö ist bei gleichzeitiger Mitgliedschaft in der DGZMK beitragsfrei.**

Mitglied DGZMK seit: \_\_\_\_\_

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

### Ihre persönlichen Daten (bitte absolut leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen)

Anrede:  Frau  Herr

Akademische Titel: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Approbationsdatum: \_\_\_\_\_

ggf. Promotionsdatum: \_\_\_\_\_

### Dienstadresse (bitte absolut leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen)

Straße: \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Land:  Deutschland  anderes: \_\_\_\_\_

Telefon Vorwahl: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_

Telefax Vorwahl: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

#### 1. Vorsitzender

Dr. Christian Scheifele  
Leiter FB Zahnärztliches Röntgen  
Zentrum für Zahn-, Mund- und  
Kieferheilkunde  
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf - O58  
Martinistr. 52, 20246 Hamburg  
Telefon +49 (0)40 7410-53649  
Fax +49 (0)40 7410-54701  
scheifele@uke.de

#### 2. Vorsitzender

Dr. Burkhard Maager  
Rosenstraße 24, 79211 Denzlingen  
  
Telefon +49 7666 1599  
Fax +49 7666 7799  
Email dr.maager@t-online.de

#### Schriftführer

Prof. Dr. Dr. Stefan Haßfeld  
Direktor der Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie  
– Plastische Operationen –  
Lehrstuhl für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie  
an der Universität Witten/Herdecke  
Klinikum Dortmund gGmbH, Klinikzentrum Nord  
Münsterstr. 240  
44145 Dortmund  
Telefon +49 (0)231 953-18500  
Fax +49 (0)231 953-18951  
Fax +49 (0)3222 1156077 (to email)  
Email hassfeld@klinikumdo.de

**Privatadresse (bitte absolut leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen)**

Straße: \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_  
PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
Land:  Deutschland      anderes: \_\_\_\_\_  
Telefon      Vorwahl: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_  
Telefax      Vorwahl: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

**Einverständniserklärungen**

Internet       Ich bin mit der Veröffentlichung der Praxis-Adresse im Internet einverstanden.  
                   Ich bin mit der Veröffentlichung der Praxis-Adresse im Internet nicht einverstanden.  
Fachinformationen       Ich bin mit der Weitergabe der Praxis-Adresse an ausgewählte Firmen zu meiner gezielten fachlichen Information einverstanden.  
                                   Ich bin mit der Weitergabe der Praxis-Adresse an ausgewählte Firmen zu meiner gezielten fachlichen Information nicht einverstanden.

**Stempel (Praxis, Abteilung; falls vorhanden)**

**Datum**      \_\_\_\_\_      **Unterschrift** \_\_\_\_\_

Über die Aufnahme entscheidet der Vorstand der Arbeitsgemeinschaft für Röntgenologie vorbehaltlich der Zustimmung des Vorstandes der DGZMK. Die Mitgliedschaft setzt grundsätzlich die Mitgliedschaft in der DGZMK voraus. Maßgeblich ist die Satzung ([www.dgzmk.de](http://www.dgzmk.de), [www.aoe.org](http://www.aoe.org)).

Eingang: \_\_\_\_\_  
Beschluss:       angenommen  
                           Rückfrage  
                           abgelehnt  
Eintrag Verzeichnis: \_\_\_\_\_