



**zurück an**

Zahnärztekammer Nordrhein  
Wissenschaftlicher Dienst  
Emanuel-Leutze-Str. 8  
40547 Düsseldorf

Fax: 0211 44 704 400  
Mail: flutkatastrophe@zaek-nr.de

**Flutkatastrophe 2021**  
**Gemeinsamer Meldebogen der KZV und ZÄK Nordrhein**  
**(Rückmeldung bitte bis 31.08.2021)**

- 1 Mitglieds-Nr. ZÄK:** \_\_\_\_\_  
**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_  
**Praxisanschrift:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
**KZV-Abrechnungsnummer:** \_\_\_\_\_

**Aktuelle Erreichbarkeit** E-Mail: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_

**2 Schadensbericht**

- 2.1 Praxisausfall ab:** \_\_\_\_\_  
**Voraussichtlich bis:** \_\_\_\_\_

Eine Behandlung ist eingeschränkt möglich  zu wieviel \_\_\_\_\_%

Eine Behandlung ist gar nicht mehr möglich

Durchführung eingeteilter Notdienste ist nicht möglich

Die Versorgung mit:

Strom  Gas  Wasser  Internet / Telefon

ist unterbrochen bis voraussichtlich \_\_\_\_\_

**2.2 Betroffenheit**

Totalschaden / Praxiseinrichtung

Teilschaden / Praxiseinrichtung

Praxis unter Wasser

Keller unter Wasser



### Praxisgebäude

Mieter

Eigentümer

Totalschaden

Teilschaden

Andere Schäden \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Beitragsfreiheit bei der ZÄK NR beantragen? *(für die Zeit des Betriebsausfalls)*

ja  nein

### 2.3 Versicherungsschutz gegen Elementarschäden

ja  nein

Voraussichtliche Versicherungsleistungen? \_\_\_\_\_ EUR

### 2.4 Gesamtschaden

Geschätzter Gesamtschaden \_\_\_\_\_ EUR

**Ich versichere hiermit, dass meine Angaben vollständig und wahr sind.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

### Weitere gewünschte Unterstützungsleistungen

Ich wünsche die Vermittlung von gebrauchten Praxisgeräten und Materialien in Form von Spenden, günstigen Abgaben von und durch Kollegen/Innen. ja  nein

Ich wünsche die Vermittlung von Praxen in meiner Umgebung, welche Praxisräume für die Versorgung meiner Patienten/Innen zur Verfügung stellen. ja  nein

Ich wünsche die Vermittlung von Praxen, die Vertretungsweise meine Patienten/Innen versorgen würden. ja  nein

Ich wünsche die Vermittlung von Praxen, die Vertretungsweise meine Notdienste übernehmen würden. ja  nein

Der Weitergabe der Daten meiner aktuellen Erreichbarkeit an Spender und oder hilfestellende Praxen zur Kontaktaufnahme stimme ich hiermit zu.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift