Hilfswerk Zahnmedizin Bayern e.V.

Möglichkeiten, als Zahnärztin/Zahnarzt das Hilfswerk zu unterstützen

☐ Ich erkläre meine Bereitschaft, mich ehrenamtlich an der Zahnbehandlung von Menschen in Not zu beteiligen und

☐ ein ☐ zwei ☐ mehrere

nicht krankenversicherte Patienten pro Jahr in **eigener Praxis** zu behandeln.

☐ Ich erkläre mich bereit, einen halben Tag pro Monat nicht krankenversicherte Patienten **im Malteserhaus** in München ehrenamtlich zu behandeln.

Bei Interesse erhalten Sie nähere Informationen zur Praxis im Malteserhaus unter 0176 32951069 (Dr. Tilmann Haass) oder unter www.hilfswerk-zahnmedizin-bayern.de.

.....
Name, Vorname

.....
Straße, Hausnummer

.....
PLZ, Ort

.....
Datum, Unterschrift

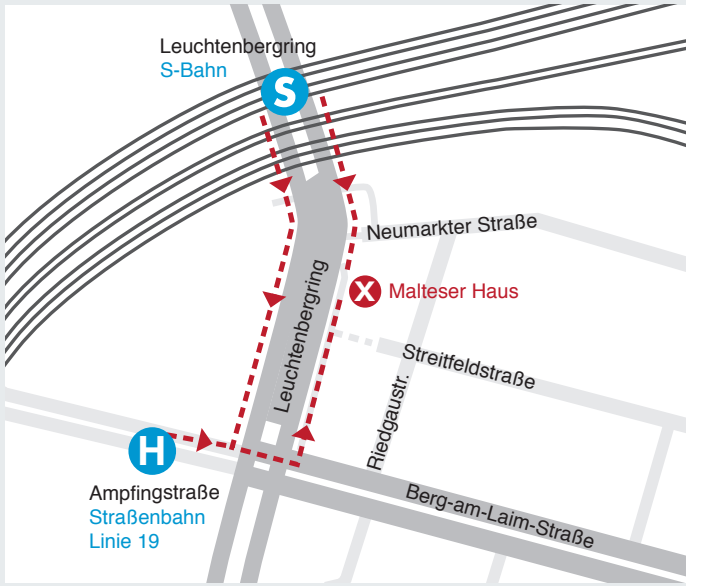
Bankverbindung

Hilfswerk Zahnmedizin Bayern e.V.
Deutsche Apotheker- und Ärztebank Düsseldorf
IBAN DE 20 3006 0601 0008 5389 99
BIC DAAEDEDDXXX

Anfahrt

Mit der S-Bahn vom Stadtzentrum
Linie 2, 4, 6 oder 8 Richtung Ostbahnhof,
Haltestelle Leuchtenbergring

Mit der Straßenbahn oder dem Bus
Straßenbahn Linie 19 oder Bus 59, Haltestelle Ampfingstraße



Zahnärztliche Praxis des HZB
c/o Malteser-Migranten-Medizin

Streitfeldstraße 1 | 81673 München
Telefon 089 43608-411 | Fax 089 43608-419

Die Praxis finden Sie direkt im Malteserhaus
Patientenannahmezeiten
Dienstag 9.30 bis 12.00 Uhr
Donnerstag 14.00 bis 16.30 Uhr

Weitere Informationen unter
www.hilfswerk-zahnmedizin-bayern.de

Hilfswerk Zahnmedizin Bayern e.V.

Zahnärztliche Hilfe für Menschen in Not

Helfen Sie mit!

2011 wurde unter der Schirmherrschaft der Bayerischen Landeszahnärztekammer (BLZK) das Hilfswerk Zahnmedizin Bayern e.V. (HZB) gegründet.

Ziel des Hilfswerks Zahnmedizin Bayern e.V. ist die Bildung eines Netzes von Zahnärzten, die ehrenamtlich aus christlichen oder berufsethischen Motiven Patienten ohne Krankenversicherungsschutz (Bedürftige, Obdachlose) kostenfrei behandeln. Darüber hinaus wird auch Flüchtlingen geholfen, die **unaufschiebbaren** Behandlungsbedarf haben.

Aktuell steht dazu in München eine Praxis in der sozialmedizinischen Anlaufstelle des Malteser Hilfsdienstes im Rahmen des Projekts Malteser-Migranten-Medizin (MMM) zur Verfügung **(Patientenannahmezeiten, Standort und Anfahrtsskizze siehe Rückseite)**. In der zahnärztlichen Sprechstunde im Malteserhaus München wird jedem Bedürftigen geholfen, der zahnmedizinische Hilfe braucht. Für Patienten ohne Krankenversicherungsschutz außerhalb Münchens stehen im Rahmen des HZB-Netzwerks einzelne niedergelassene Zahnärzte zur Verfügung.

HZB baut sein Hilfsangebot kontinuierlich aus, um auch über München hinaus an anderen Standorten mit Kolleginnen und Kollegen vor Ort zahnärztliche Hilfe für Menschen in Not anbieten zu können.

Notfallmaßnahmen und die Behandlung **akuter Zahnschmerzen** stehen im Vordergrund.

Herausgeber

Dr. Martin Schubert, 1. Vorsitzender
Hilfswerk Zahnmedizin Bayern e.V. (HZB)
c/o Bayerische Landeszahnärztekammer
Fallstraße 34 | 81369 München
Telefon 089 72480-154 | E-Mail hzbayern@blzk.de
www.hilfswerk-zahnmedizin-bayern.de

Titelbild/Foto Malteserhaus Malteser Hilfsdienst e.V., München;
Bild Behandlungssituation Hilfswerk Zahnmedizin Bayern e.V.

Ein Beispiel für HZB-Hilfe

Der 58-jährige Alexander hat sein Heimatland verlassen müssen und versucht, in Bayern Fuß zu fassen. Er leidet unter starken Zahnschmerzen, doch da er keine Krankenversicherung hat, ist ihm der Weg in die nächste Zahnarztpraxis versperrt. Von einem Mitarbeiter der DIAKONIE wird ihm empfohlen, die HZB-Zahnarztpraxis für Nichtversicherte im MALTESER-Haus aufzusuchen, wo ihm schnell und unbürokratisch geholfen wird. Sein kranker Zahn musste sogar nicht gezogen werden, sondern konnte durch eine Wurzelbehandlung gerettet werden.

Werden Sie Mitglied des Vereins HZB!

Werden Sie Partnerpraxis in München!

Helfen Sie HZB mit einer Geldspende!

Hilfswerk Zahnmedizin Bayern e.V.

Beitrittserklärung

Bitte zurücksenden an
Hilfswerk Zahnmedizin Bayern e.V.
c/o Bayerische Landeszahnärztekammer
Fallstraße 34 | 81369 München
Fax 089 72480-155 | E-Mail hzbayern@blzk.de

.....
Name, Vorname/Institution

.....
Straße, Hausnummer

.....
PLZ, Ort

.....
Telefon, Fax

.....
E-Mail

.....
Beitritt ab: Monat/Jahr

Die Bankverbindung für Überweisungen finden Sie auf der Rückseite.

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass der jährliche Beitrag in Höhe von
☐ 120,– Euro für natürliche Personen
☐ 240,– Euro für juristische Personen
von meinem Konto abgebucht wird.

.....
Kontoinhaber/in

.....
IBAN

.....
BIC

.....
Datum, Unterschrift

Der Einzug erfolgt über die Deutsche Apotheker- und Ärztebank Düsseldorf; eine Spendenbescheinigung/Bestätigung über die Zuwendung i.S.v. § 10b Einkommenssteuergesetz geht Ihnen zu.