

A N T R A G

auf Anerkennung der Gebietsbezeichnung „Fachzahnarzt* für Oralchirurgie“

Angaben zur Person:

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ Ort:

tagsüber erreichbar unter der Telefonnummer:

Geburtsdatum/Geburtsort:

Staatsangehörigkeit:

zahnärztliche Approbation am:

ausstellende Behörde:

zahnärztliche Promotion am:

an der Universität:

ärztliche Approbation am:

ausstellende Behörde:

ärztliche Promotion am:

an der Universität:

*Im Interesse einer leichteren Lesbarkeit wird auf die Verwendung der weiblichen Form verzichtet.



Zu meinem Antrag erkläre ich, dass von mir bei keiner anderen Zahnärztekammer in Deutschland ein Antrag auf Anerkennung zur Führung der beantragten Fachgebietsbezeichnung – auch nicht im Widerspruchsverfahren oder vor einer Verwaltungsgerichtsbarkeit – anhängig war oder ist und kein Antrag zur Führung dieser Gebietsbezeichnung von mir zurückgezogen, zurückgegeben oder abgewiesen wurde.

Zu dem ist mir bekannt, dass die Voraussetzungen zur Anerkennung der Fachgebietsbezeichnung auf Grundlage der Weiterbildungsordnung der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg geprüft werden.

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel

Dem Antrag beizufügen sind:

1. Approbationen in beglaubigter Fotokopie
2. Anerkennungsurkunde der Gebietsbezeichnung „Facharzt*“ für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie“
3. Qualifizierte Zeugnisse über Ihrer Weiterbildungszeit auf dem Gebiet der Mund-, Kiefer und Gesichtschirurgie in Fotokopie
4. Lebenslauf
5. ggf. Promotionsurkunde(n) in Kopie
6. OP-Katalog der letzten 12 Monate, ggf. vom Praxisinhaber unterschrieben
7. Tabellarische Aufstellung der Fortbildungen zahnärztliche Chirurgie der letzten 3 Jahre

Den Antrag und die Unterlagen senden Sie bitte an:

Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg
Abt. Weiterbildung
Albstadtweg 9,
70567 Stuttgart

*Im Interesse einer leichteren Lesbarkeit wird auf die Verwendung der weiblichen Form verzichtet.