



A N T R A G

auf Ermächtigung zur fachspezifischen Weiterbildung
auf dem Gebiet der Oralchirurgie
als niedergelassene Zahnärztin/ niedergelassener Zahnarzt
gem. § 24 Abs. 1 der Weiterbildungsordnung der

LANDESZAHNÄRZTEKAMMER BADEN-WÜRTTEMBERG
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Albstadtweg 9, 70567 Stuttgart

<p style="text-align: center;">ORALCHIRURGIE (Ermächtigung zur Weiterbildung für 2 Jahre)</p>
--

Angaben zur Person:

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ Ort:

tagsüber erreichbar unter der Telefonnummer:

niedergelassen seit:

Geburtsdatum/Geburtsort:

Staatsangehörigkeit:

zahnärztliche Approbation am:

ausstellende Behörde:

zahnärztliche Promotion am:

an der Universität:

ärztliche Approbation am:

ärztliche Promotion am:



Ich beantrage hiermit die Ermächtigung zur zweijährigen fachspezifischen Weiterbildung im Fachgebiet Zahnärztliche Chirurgie gemäß § 24 der Weiterbildungsordnung der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg in der derzeit geltenden Fassung und gebe hierzu folgende Erklärungen ab:

1. Die Aufgaben der Weiterbildungsleiterin/ des Weiterbildungsleiters werde ich selbst wahrnehmen.
2. In meiner Praxis wird eine zahnärztlich-chirurgische Tätigkeit in dem Umfang durchgeführt, dass die oralchirurgische Weiterbildung einer in Weiterbildung befindlicher Person nach den Vorschriften der geltenden Weiterbildungsordnung gewährleistet ist.
3. Die Anerkennung als "Fach Zahnärztin für Oralchirurgie" bzw. "Fach Zahnarzt für Oralchirurgie" erhielt ich am mit Wirkung vom durch die Zahnärztekammer

Die Anerkennung als "Mund-Kiefer-Gesichtschirurgin" bzw. "Mund-Kiefer-Gesichtschirurg" bzw. als „Fachärztin bzw. Facharzt für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie“ erhielt ich am mit Wirkung vom durch die Ärztekammer

4. Mir ist bekannt, dass ich zur Beurteilung meiner Eignung als Weiterbildungsleiterin bzw. als Weiterbildungsleiter gem. § 9 Abs. 1 i. V. m. § 11 Abs. 2 der Weiterbildungsordnung zu einem kollegialen Gespräch mit dem Weiterbildungsausschuss für Oralchirurgie geladen werde. Die Einladung für das „Fachgespräch“ erfolgt spätestens 2 Wochen vor dem Termin.
5. Meine Weiterbildung habe ich an folgenden Institutionen/Praxen absolviert:

Einen ggf. erhaltenen OP-Katalog füge ich in der Anlage bei.

Das allgemein-zahnärztliche Jahr wurde von mir absolviert bei:



6. Nach meiner Anerkennung als "Fachzahnärztin/Fachzahnarzt für Oralchirurgie" bzw. als „Fachärztin/Facharzt für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie“ war ich wie folgt tätig:

vom bis bei

vom bis bei

vom bis bei

7. Nach der Anerkennung als "Fachzahnärztin/Fachzahnarzt für Oralchirurgie" bzw. als „Fachärztin/Facharzt für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie“ habe ich mich folgender Fortbildung unterzogen (Kurse, Tagungen, usw. ggf. auf gesondertem Beiblatt):

Kurs	Datum	Referent	Ort

8. Ich bin in meiner Praxis ganztätig tätig (mindestens 38 Stunden pro Woche).
- Aus folgenden Gründen bin ich in meiner Praxis nicht während der gesamten täglichen Arbeitszeit anwesend.

9. Ich bin zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassen ja nein

10. In meiner Praxis sind

voll ausgestattete zahnärztliche Behandlungsplätze

oralchirurgische Arbeitsplätze (Eingriffsräume) vorhanden.

Die apparative Ausstattung gewährleistet die Versorgung von Notfällen.

11. Folgende röntgendiagnostische Voraussetzungen sind in meiner Praxis gegeben:

	in der Praxis	konsiliarisch möglich
a) Zahnröntgengerät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Panoramaschichtaufnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Schädelaufnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Schichtaufnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Kiefergelenksaufnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) CT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) DVT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Als Hilfspersonal stehen regelmäßig zur Verfügung (jeweils Zahlen eintragen)

Zahnmedizinische Mitarbeiter(innen)

ggf. Arzthelferin(innen)

OP-Schwester(n)

Verwaltungsangestellte(n)

anderes Hilfspersonal.

13. Meine Praxis hat eine Wochenarbeitszeit von Stunden; davon entfallen durchschnittlich ca. Stunden auf zahnärztlich-chirurgische Tätigkeiten.

14. In den letzten vier Quartalen wurden in meiner Praxis (Anzahl) Patienten chirurgisch behandelt. Davon waren (Anzahl) Überweisungspatienten. An (Anzahl) Patienten wurden operative Maßnahmen durchgeführt.

15. Der Umfang meiner zahnärztlich-chirurgischen Tätigkeit stellte sich in den letzten vier Quartalen wie in **Anlage 1** (Anzahl der durchgeführten Eingriffe) genannt dar. Grundlage für die Bewertung der Anzahl der durchgeführten Eingriffe ist der aktuell für den Weiterbildungsassistenten gültige OP-Katalog.

16. Ich arbeite interdisziplinär mit Fachärzten und den Überweiserpraxen zusammen.
 Meine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Fachkollegen sieht wie folgt aus:

Auf Wunsch des Weiterbildungsausschusses für Oralchirurgie bin ich bereit, die gemachten Angaben zu belegen.

17. Die theoretische Wissensvermittlung erfolgt durch regelmäßige Fallbesprechungen, Teambesprechungen, Literaturstudium und die Umsetzung des in Fortbildungen erworbenen Wissens.

18. Ich beziehe folgende fachliche Periodika:

Name	Bezug seit



19. Ich verpflichte mich, Änderungen der abgegebenen Erklärung umgehend der Landes Zahnärztekammer mitzuteilen,
20. Mir ist bekannt, dass eine Weiterbildungsleiterin bzw. ein Weiterbildungsleiter nur eine (1) in Weiterbildung befindliche Person beschäftigen darf und dies auch nur mit vorheriger Zustimmung der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg.
21. Des Weiteren ist mir bekannt, dass Grundlage für die Weiterbildung zur Fach Zahnärztin/zum Fach Zahnarzt gem. der Weiterbildungsordnung der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg der jeweils gültige Operationskatalog ist.

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel

Nach Erteilung der Ermächtigung bin ich mit der Weitergabe meiner Adresse an stellensuchende Assistenten

einverstanden

nicht einverstanden

Unterschrift

Anlagen:

1. Anlage „Anzahl der durchgeführten Eingriffe“
2. Anerkennungsurkunde(n) der Gebietsbezeichnung(en)
3. Approbationsurkunde(n) in Kopie
4. ggf. Promotionsurkunde(n) in Kopie
5. ggf. OP-Katalog zu Punkt 5.
6. ggf. tabellarische Aufstellung der absolvierten Fortbildungen zu Punkt 7.