



## A N T R A G

auf Ermächtigung zur fachspezifischen Weiterbildung  
auf dem Gebiet der Zahnärztlichen Chirurgie  
als niedergelassene Zahnärztin/ niedergelassener Zahnarzt  
gem. § 24 Abs. 1 und 3 der Weiterbildungsordnung der

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

**ORALCHIRURGIE**  
**(Ermächtigung zur Weiterbildung für 3 Jahre)**

### Angaben zur Person:

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ Ort:

tagsüber erreichbar unter 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 gem. § 24 Abs. 1 und 3 der Weiterbildungsordnung der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg in der derzeit geltenden Fassung i. V. m. den vom Vorstand der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg erlassenen Richtlinien, die Erteilung einer dreijährigen fachspezifischen Weiterbildungsermächtigung auf dem Gebiet der Zahnärztlichen Chirurgie, und gebe hierzu folgende Erklärungen ab:

**I. Strukturelle Voraussetzungen:**

1. In meiner Praxis/Institution stehen

- voll ausgestattete zahnärztliche Arbeitsplätze,  
 oralchirurgische Arbeitsplätze (Eingriffsräume), die in ständigem Gebrauch sind, zur Verfügung. Die apparative Ausstattung gewährleistet die Versorgung von Notfällen.

2. Es ist eine Röntgeneinrichtung vorhanden, die folgende Aufnahmen ermöglicht:

- a) intraorale Aufnahmen und extraorale Teilaufnahmen   
b) Panoramaschichtaufnahmen (Detailausschnitte: Kieferhöhle, Kiefergelenke)   
c) Schädelaufnahmen   
d) CT   
d) DVT

3. Zur theoretischen Weiterbildung steht in meiner Praxis ausreichende Fachliteratur zur Verfügung. Des Weiteren habe ich folgende fachspezifisch ausgerichtete Periodika abonniert:

  
  

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

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

- Zahnmedizinische Mitarbeiter(innen)  
 ggf. Arzthelferin(innen)  
 OP-Schwester(n)  
 Verwaltungsangestellte(n)  
 anderes Hilfspersonal.

**II. Personelle Voraussetzungen:**

1. Die Anerkennung als "Fachzahnärztin für Oralchirurgie " bzw. "Fachzahnarzt für Oralchirurgie" wurde mir am  mit Wirkung vom  durch die Zahnärztekammer  erteilt.

Die Anerkennung als "Mund-Kiefer-Gesichtschirurg" bzw. "Fachärztin/Facharzt für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie" wurde mir am  mit Wirkung vom  durch die Ärztekammer  erteilt.

2. Meine eigene Weiterbildung habe ich an folgenden Institutionen/Praxen absolviert:

- a)
- b)
- c)

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

Das allgemein-zahnärztliche Jahr wurde von mir absolviert bei:

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

- a) Tätigkeit in einer klinischen Abteilung des Fachgebietes (Nachweise siehe Anlage):

vom  bis  bei

vom  bis  bei

vom  bis  bei

- b) Sonstige zahnärztliche Tätigkeit:

vom  bis  bei

vom  bis  bei

vom  bis  bei

In dieser Zeit habe ich Erfahrungen in der Aus- und Fortbildung im Fachgebiet erlangt.

4. Die Weiterbildungsermächtigung auf dem Gebiet der "Zahnärztlichen Chirurgie" (Oralchirurgie) wurde mir am  mit Wirkung vom  durch die Zahnärztekammer  erteilt.

Die Weiterbildungsermächtigung auf dem Gebiet der "Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie" wurde mir am  mit Wirkung vom  durch die Ärztekammer  erteilt.

5. Seit Erhalt meiner Weiterbildungsermächtigung habe ich nachweislich folgende Assistentinnen und Assistenten auf dem Gebiet der "Oralchirurgie" weitergebildet:

Name des Weiterbildungsassistenten	von	bis
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

6. Nach der Erlangung der Gebietsbezeichnung habe ich an folgenden fachspezifischen Fortbildungen teilgenommen (Kurse, Seminare, Kongresse, etc.)

Kurs	Datum	Referent	Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Die Aufstellung erfolgt ggf. auf einem gesonderten Beiblatt. Auf Verlangen der Kammer werde ich diese nachweisen.

7. Eine ganztägige Praxisanwesenheit meinerseits ist gewährleistet.  
8. Die Aufgaben der Weiterbildungsleiterin/des Weiterbildungsleiters werde ich selbst und eigenverantwortlich wahrnehmen.

### III. Prozessuale Voraussetzungen:

1. In meiner Praxis werden die wesentlichen oralchirurgischen und implantologischen Behandlungsarten angeboten, die dem aktuellen Stand der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde entsprechen.
2. Ich versichere, dass in meiner Praxis eine der im klinischen Bereich vergleichbare Weiterbildung einer Assistentin oder eines Assistenten nach den Vorschriften der Weiterbildungsordnung der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg gewährleistet ist.
3. In den letzten vier Quartalen wurden in meiner Praxis  (Anzahl) Patienten chirurgisch behandelt. Davon waren  (Anzahl) Überweisungspatienten. An  (Anzahl) Patienten wurden operative Maßnahmen durchgeführt.
4. Ich bin zur
  - a) vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassen  ja  nein
  - b) zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen  ja  nein
5. 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.  
Die gemachten Angaben sind durch beiliegendes OP-Buch und/oder Computerausdruck nachgewiesen.
6. In meiner Praxis ist die Versorgung in Allgemeinanästhesie für ambulant zu behandelnde Patienten durch eine Fachärztin bzw. einen Facharzt für Anästhesie sichergestellt.

Ich habe eine konsiliarische Kooperation mit (Name der klinischen Abteilung für Zahnärztliche Chirurgie einer Einrichtung der Hochschule, einer zugelassenen Krankenhausabteilung, eines zugelassenen Institutes oder einer anderen zugelassenen Einrichtung):

(Nachweis liegt als Anlage bei)

Die konsiliarische Zusammenarbeit mit Fachkollegen bei interdisziplinären Behandlungen gestaltet sich wie folgt:

Die Bewertung des Umfangs dieser Zusammenarbeit bleibt dem Weiterbildungsausschuss vorbehalten.

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

8. Ich beziehe folgende fachliche Periodika:

Name	Bezug seit

9. Mir ist bekannt, dass ich zur Beurteilung meiner Eignung als Weiterbildungsleiterin oder Weiterbildungsleiter gem. § 9 Abs. 1 i. V. mit § 11 Abs. 2 der Weiterbildungsordnung zu einem kollegialen Gespräch mit dem Weiterbildungsausschuss für Oralchirurgie geladen werde. Zum kollegialen Fachgespräch sind 3 Fälle vorzulegen, die folgende Behandlungsarten umfassen:

- a) Traumatologie,
- b) Augmentative Verfahren (Implantologie),
- c) Präprothetisch-chirurgische Verfahren (z. B. freie Schleimhauttransplantationen, OK-Verstibulumplastik).

Die Einladung für das "kollegiale Gespräch" erfolgt spätestens 2 Wochen vor dem Termin.

#### IV. **Allgemeine Voraussetzungen:**

1. Über die von einer Weiterbildungsassistentin oder einem Weiterbildungsassistenten in meiner Praxis abgeleistete Weiterbildungszeit werde ich, entsprechend den "Richtlinien für die Erteilung einer 3-jährigen Ermächtigung zur fachspezifischen Weiterbildung", ein Protokoll erstellen und dieses nach gemeinsamer Unterzeichnung der bzw. dem Weiterzubildenden zur Einreichung bei der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg aushändigen.

2. Ich werde der oder dem Weiterzubildenden innerhalb der dreijährigen fachspezifischen Weiterbildungszeit die Teilnahme an Fortbildungskursen (Seminare, klinische Unterweisungen oder Hospitationen) zu folgenden Themenbereichen ermöglichen:

- a) Notfallmedizin,
- b) Hals-Nasen-Ohrenheilkunde,
- c) Allgemeinmedizin,
- d) Unfallchirurgie und
- e) Anästhesiologie.

Die besuchten Fortbildungskurse werden in dem von mir auszustellenden Zeugnis für die Weiterbildungsassistentin bzw. den Weiterbildungsassistenten nach § 9 Abs. 3 der Weiterbildungsordnung aufgelistet.

3. Ich verpflichte mich, der oder dem Weiterzubildenden in den ersten beiden fachspezifischen Weiterbildungsjahren in der Praxis die aktive oralchirurgische Behandlung von je mindestens 100 und im dritten Weiterbildungsjahr die aktive oralchirurgische Behandlung von mindestens 150 eigenen Patienten zu ermöglichen. Die Auflistung der Anzahl der durch die oder den Weiterzubildenden selbst behandelten oralchirurgischen Fälle erfolgt im Weiterbildungsprotokoll.

4. 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.

**V. Sonstiges:**

1. Ich verpflichte mich, Änderungen der abgegebenen Erklärung unverzüglich der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg mitzuteilen.
2. 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.
3. Mir ist ebenfalls bekannt, dass die Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg gem. § 12 Abs. 2 der Weiterbildungsordnung in regelmäßigen Abständen sowie aus besonderen Anlässen das weitere Vorliegen der Voraussetzungen für die Ermächtigung zur Weiterbildung überprüfen kann.

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. Approbationsurkunde(n) in Kopie
3. Anerkennungsurkunde der Gebietsbezeichnung(en) zu Punkt II.1 in Kopie
3. ggf. OP-Katalog zu Punkt II.2
4. Nachweis für klinische Tätigkeit zu Punkt II.3
5. Ermächtigungsurkunde(n) zu Punkt II.4 in Kopie
6. ggf. tabellarische Aufstellung der besuchten Fortbildungsveranstaltungen zu Punkt II.6
7. OP-Buch als Nachweis der Angaben zu Punkt III.5
8. Nachweis über konsiliarische Kooperation zu Punkt III.6