

**Antrag zur Führung eines Tätigkeitsschwerpunktes
nach § 22 der Berufsordnung der
LZK Rheinland-Pfalz**



Erklärung

Hiermit versichere ich, dass alle Angaben zum Antrag für den

Tätigkeitsschwerpunkt

Funkonstherapie / Kiefergelenkbehandlung

wahrheitsgemäß sind und den tatsächlichen Gegebenheiten entsprechen. Alle angegebenen therapeutischen Maßnahmen habe ich selbst durchgeführt.

Titel, Name, Vorname (bitte in Druckbuchstaben)

Ort, Datum

Unterschrift

Praxisstempel:

Kriterien für den Tätigkeitsschwerpunkt „Funktionstherapie / Kiefergelenkbehandlung“

- Mindestens drei Jahre eigene Erfahrungen im Ankündigungsgebiet
- Nachweis einer strukturierten Fortbildung, idealerweise in Form eines Curriculums
- Kontinuierliche Fortbildung im Ankündigungsgebiet, mindestens 120 Fortbildungspunkte (bzw. 60 Fortbildungspunkte im Falle eines Folgeantrages) in den letzten fünf Jahren vor Antragsstellung
- Innerhalb der letzten zwei Jahre vor Antragstellung mindestens 180 Therapiemaßnahmen im gesamten Spektrum
- Fundierte Kenntnisse der Literatur im Ankündigungsgebiet
- Wissenschaftliche Anbindung durch Mitgliedschaft in Fachgesellschaften
- Ggf. Überweisungs- und Kooperationskonzept (Chirurgie, Orthopädie und Physiotherapie, Radiologie)

Wir bitten Sie um folgende Angaben:¹

Seit wann sind Sie funktionstherapeutisch tätig?

- dokumentierte und langzeitbeobachtete Behandlungsfälle bei Okklusopathie, Myopathie und Artropathie 15
- Einfache dreidimensionale instrumentelle Funktionsanalyseverfahren (Gesichtsbögen, Artikulatoren) 30
- Komplexe dreidimensionale instrumentelle Funktionsanalyseverfahren (elektronische, optoelektronische- oder Ultraschallverfahren) 10
- Moderne bildgebende Verfahren zur Diagnostik (CT, MRT, Ultraschall) 10
- Schienentherapie (Aufbissbehelfe) 50
- Bisshebung 10
- Beseitigung von Okklusionsstörungen 50
- Prothetische Rehabilitationen zur Okklusionsverbesserung 5
- Therapien von akuten und chronischen funktionell bedingten Schmerzen 10

Apparative Ausstattung

- Unterschiedliche Registriersysteme (Gesichtsbögen und Artikulatoren) Ja Nein
- Ultraschall Ja Nein

Die funktionstherapeutische Tätigkeit entspricht mindestens 30 % meiner eigenen zahnärztlichen Tätigkeit:

Ja Nein

Mitgliedschaft in folgenden funktionstherapeutisch-wissenschaftlichen Gesellschaften:

Bezug folgender Fachzeitschriften:

¹ Bei den angegebenen Zahlen handelt es sich um Mindestzahlen, bitte um die eigenen Zahlen ergänzen.

