

**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**

### **Funktionstherapie / 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 Anknüdigungsgebiet
- Nachweis einer strukturierten Fortbildung, idealerweise in Form eines Curriculums
- Kontinuierliche Fortbildung im Anknüdigungsgebiet, 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 Anknüdigungsgebiet
- Wissenschaftliche Anbindung durch Mitgliedschaft in Fachgesellschaften
- Ggf. Überweisungs- und Kooperationskonzept (Chirurgie, Orthopädie und Physiotherapie, Radiologie)

---

**Wir bitten Sie um folgende Angaben:<sup>1</sup>**

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:**

---

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

