


	<p style="text-align: center;">Antrag zur Führung eines Tätigkeitsschwerpunktes nach § 22 der Berufsordnung der Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz</p>	
--	--	---

Erklärung

Hiermit versichere ich, dass alle Angaben zum Antrag für den

Tätigkeitsschwerpunkt

Ästhetische Zahnheilkunde

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 „Ästhetische Zahnheilkunde“

- Mindestens drei Jahre eigene Erfahrung 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 Antragsstellung mindestens 300 Therapiemaßnahmen in den verschiedenen Indikationsbereichen
- Fundierte Kenntnisse der Literatur im Ankündigungsgebiet
- Wissenschaftliche Anbindung durch Mitgliedschaft in Fachgesellschaften
- Ggf. Überweisungs- und Kooperationskonzept mit Fachkollegen (Chirurgie, KFO)

Seit wann sind Sie im Ankündigungsgebiet „Ästhetische Zahnheilkunde“ tätig?

Therapiemaßnahmen¹

Direkte ästhetische Restaurationen	100 Fälle
Indirekte ästhetische Restaurationen	30 Fälle
Ästhetische Kronen- und Brückenrestaurationen (Vollkeramik, Metallkeramik mit Schulter)	100 Fälle
Bleachingverfahren vor restaurativer Therapie	30 Fälle
Zahnumformungen	30 Fälle
Parodontalchirurgische Maßnahmen (Kronenverlängerung, Rezessionsdeckung)	10 Fälle
Kieferorthopädisch-ästhetische Maßnahmen	
Mund-, Kiefer-, gesichtschirurgische-ästhetische Maßnahmen	

Apparative Ausstattung (Nichtzutreffendes bitte streichen)

- Lupenbrille
- Fotodokumentation
- Intraorale Kamera

Die Tätigkeit im Ankündigungsgebiet „Ästhetischen Zahnheilkunde“ entspricht mindestens 30% meiner eigenen zahnärztlichen Tätigkeit:

Ja Nein

Mitgliedschaft in folgenden Fachgesellschaften:

.....

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

