

## Antrag auf Anerkennung als Fachzahnärztin/zahnarzt für Oralchirurgie

Anrede	Name, Titel, Vorname	
Geburtsdatum	Geburtsort, Staatsangehörigkeit	
Anschrift		
Telefon		Mobil
Email		

Ich beantrage die Anerkennung als „**Fachzahnärztin/zahnarzt für Oralchirurgie**“:

**Erstprüfung**

### Eidesstattliche Erklärung:

Ich versichere, dass ich die Prüfung auf Anerkennung der Weiterbildung nicht bereits zweimal erfolglos absolviert habe und nicht bereits in einer anderen Zahnärztekammer einen Antrag auf Zulassung zur Prüfung gestellt habe, über den dort noch nicht rechtskräftig entschieden wurde.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Wiederholungsprüfung \***

1. Prüfung am \_\_\_\_\_ Zahnärztekammer \_\_\_\_\_

2. Prüfung am \_\_\_\_\_ Zahnärztekammer \_\_\_\_\_

\* Gemäß § 17 Abs. 3 der Weiterbildungsordnung der Landes Zahnärztekammer Rheinland-Pfalz kann die Prüfung auf Anerkennung der Weiterbildung zweimal wiederholt werden. Bitte im Falle einer Wiederholungsprüfung Kopie des Prüfungsbescheides dem Antrag beifügen.

Ich versichere, dass ich nicht bereits in einer anderen Zahnärztekammer einen Antrag auf Zulassung zur Prüfung gestellt habe, über den dort noch nicht rechtskräftig entschieden wurde.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Weiterbildungszeiten** (einschließlich Unterbrechungen bitte chronologisch auflisten)

Gebiet	von	bis	Weiterbildungsstätte * Grund für Unterbrechung	Land (falls Ausland)	Monate

**Gebiet:** Z = allgemein-zahnärztliche Tätigkeit, O = Oralchirurgie, U = Unterbrechung

\* Bei Weiterbildungsstätten außerhalb von Rheinland-Pfalz bitte Bestätigung der zuständigen Zahnärztekammer über die abgeleistete Weiterbildungszeit beifügen.

**Dem Antrag sind bitte beizufügen** (im Original oder als beglaubigte Kopie, ggf. übersetzt in die deutsche Sprache):

- Approbationsurkunde oder Berufserlaubnis gem. §13 ZHG, ggf. Promotionsurkunde
- Zeugnis oder Bescheinigung über die Ableistung des allgemein-zahnärztlichen Jahres
- Zeugnisse oder Bescheinigungen über die Ableistung der vorgeschriebenen gebietsbezogenen Weiterbildung
- Nachweis über die praktischen Inhalte der Weiterbildung (OP-Katalog)
- Ausbildungsbezogener tabellarischer Lebenslauf
- Nachweis über die theoretischen Inhalte der Weiterbildung in Form einer Aufstellung über die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen
- Nachweis über die zwölfmonatige Weiterbildung im Zuständigkeitsbereich der Landes Zahnärztekammer Rheinland-Pfalz

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift