

## Antrag auf Ermächtigung zur dreijährigen Weiterbildungsberechtigung im Fachgebiet Oralchirurgie

**1. Angaben zur Person des Antragstellers**

Name .....

Vorname ..... Titel .....

Geburtsdatum ..... Geburtsort .....

**Privatanschrift**

Straße ..... PLZ, Ort .....

Telefon ..... Mobil .....

**Praxisanschrift**

Straße ..... PLZ, Ort .....

Telefon ..... Fax .....

E-Mail .....

**Praxisform**

Einzelpraxis       Berufsausübungsgemeinschaft       Praxisgemeinschaft

Sonstiges: .....

Bitte Partner/Praxisinhaber bei Angestellten angeben: .....

.....

**2. Genehmigung zum Führen der Gebietsbezeichnung**

- Die Anerkennung meiner Weiterbildung auf dem Gebiet der Oralchirurgie / MKG-Chirurgie erhielt ich am ..... mit Wirkung vom ..... durch die Zahnärztekammer/Ärztekammer .....

.....\*

\*Bitte Kopie der Anerkennungsurkunde beifügen.

- Ich besitze derzeit die Ermächtigung zur Weiterbildung für  2 Jahre  
 3 Jahre

Die Weiterbildungsberechtigung besteht seit dem Jahr: .....

- Weiterbildungsassistenten/innen in den letzten vier Jahren:

**3. Nach Anerkennung meiner Weiterbildung auf dem Gebiet der Oralchirurgie bzw. MKG-Chirurgie war ich an folgenden Kliniken, Instituten, Praxen tätig.**

von ..... bis .....

in ..... Leiter .....

von ..... bis .....

in ..... Leiter .....

von ..... bis .....

in ..... Leiter .....

- Seit ..... bis heute bin ich auf dem Gebiet der Oralchirurgie tätig.  
ggf. Unterbrechung von ..... bis .....

Meine Arbeitszeit (in der Fachpraxis) beträgt ..... Wochenstunden.

- Ich bin während der gesamten Praxiszeit in der Praxis anwesend  ja  nein\*

\* Bitte Begründung angeben .....

.....

#### 4. Angaben zur Praxis

- Folgende Ausstattung steht zur Verfügung:
  - zahntechnisches Praxislabor  ja  nein
  - Vergrößerungshilfen  ja  nein
  - Notfalldefibrillator  ja  nein
  - Gerät zum Monitoring/Pulsoxymetrie  ja  nein
  - Möglichkeit von Intubationsnarkosen und intravenösen Analgosedierungen in der  
Weiterbildungsstätte oder in einem angeschlossenen OP-Zentrum  ja  nein
  - Einrichtung/Nutzung eines ambulanten Eingriffssaales  ja  nein
  - vollständig ausgestatteter Arbeitsplatz für den Weiterzubildenden  ja  nein
  - Sonstiges:
  
- Röntgeneinrichtung, die folgende Aufnahmen ermöglicht:
  - Intraorale Aufnahmen und extraorale Teilaufnahmen  ja  nein
  - Panoramaschichtaufnahmen  ja  nein
  - Schädelaufnahmen  ja  nein
  - DVT oder Zugang zu einer solchen Röntgeneinrichtung  
(z.B. Gerätegemeinschaft)  ja  nein
  
- DVT Sach- und Fachkunde ist vorhanden  ja  nein
  
- Fotodokumentation  ja  nein
  
- In der Praxis sind ..... Behandlungseinheiten in ..... Behandlungsräumen im ständigen  
Gebrauch.
  
- Als Mitarbeiter/innen stehen zur Verfügung
  - ..... ZFA    ..... ZMF    ..... ZMV    ..... DH
  - ..... sonstige Mitarbeiter (bitte Tätigkeit erläutern) .....

- In den letzten beiden Jahren vor Antragsstellung wurden von mir in der zu ermächtigten Praxis ..... operative Eingriffe pro Jahr an Patienten durchgeführt. Dabei wurde das gesamte Spektrum der operativen Zahn,- Mund- und Kieferheilkunde abgebildet.

**5. Absolvierung eines Notfallkurses**

Ich habe jährlich einen Notfallkurs mit praktischen Übungen absolviert.

ja

nein

**6. Fachgebietsbezogene Fortbildung**

- In den letzten drei Jahren habe ich an fachspezifischen Fortbildungen (mindestens 150 Fortbildungspunkte, mindestens 2/3 der zu erreichenden Punktzahl soll in Form von Präsenzveranstaltungen nachgewiesen werden) teilgenommen (bitte Auflistung dem Antrag beifügen):

ja

nein

Ich habe in den letzten drei Jahren folgende Kongresse einer anerkannten Fachgesellschaft besucht:

- Ich war in den letzten drei Jahren wenigstens zweimal Referent:

Name der Veranstaltung	Termin	Vortragsthema

und/oder

- Ich habe in den letzten drei Jahren folgende relevante wissenschaftliche Fachartikel im Bereich des Fachgebietes in einem anerkannten Fachjournal veröffentlicht:

Thema	Datum	Journal/Medium

- In bin Mitglied in folgenden Fachgesellschaften:
  
- Neben aktueller Fachliteratur stehen folgende Fachzeitschriften zur Verfügung:

**7. Angaben zu den Behandlungsmaßnahmen gemäß der Anlage 1 zur Weiterbildungsordnung**

Bitte füllen Sie die dem Antrag beigefügte Anlage aus.

**8. Konsiliarische Betreuung einer stationären Einrichtung**

Name der Einrichtung/Klinik usw. ....

**9. Sicherstellung der Versorgung in Allgemeinanästhesie für ambulant zu behandelnde Patienten durch einen Facharzt für Anästhesie**

ja       nein

## 10. Beigefügte Unterlagen

- Curriculum Vitae
- Urkunden (Approbation, ggf. Promotion, Anerkennungsurkunde Fachzahnarzt bzw. MKG-Chirurgie), **bei Erstantrag**
- Anlage** „Aufstellung fachspezifischer Fortbildungen“, Auflistung der in den letzten drei Jahren absolvierten fachspezifischen Fortbildungen (mindestens 150 Fortbildungspunkte),
- Anlage** „Angaben zu den Behandlungsmaßnahmen“
- gegliedertes Weiterbildungskonzept entsprechend der dreijährigen Weiterbildungsberechtigung

## Verpflichtungs- und Einverständniserklärung

- Die Aufgaben der/des Weiterbildungsleiterin/leiters werde ich ausschließlich persönlich wahrnehmen und den Weiterzubildenden alle in der Weiterbildungsordnung vorgesehenen Kenntnisse und Fertigkeiten vermitteln.
- Ich verpflichte mich, den/die Weiterbildungsassistenten/assistentin für externe Weiterbildungsmaßnahmen von der Tätigkeit in der Praxis freizustellen.
- Ich bin damit einverstanden, dass die Landes Zahnärztekammer meine beruflichen Kontaktdaten an Interessierte für die Weiterbildung Oralchirurgie weitergibt, auf ihrer Homepage veröffentlicht und im Rahmen des Weiterbildungsregisters bekannt macht.

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

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift