Zahnärztekammer Berlin
Stallstraße 1
10585 Berlin

ZAHNÄRZTEKAMMER BERLIN

Antrag auf Anerkennung als Fachzahnärztin/Fachzahnarzt für Oralchirurgie bzw. Oralchirurgin/Oralchirurg

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Telefon: _____

Anschrift: _____

Ich beantrage die Anerkennung als Fachzahnärztin/Fachzahnarzt für Oralchirurgie bzw. Oralchirurgin/Oralchirurg und mache hierzu folgende Angaben:

1. Studium der Zahnheilkunde

   Datum: _____

   Ort: _____

2. Zahnärztliches Staatsexamen

   Datum: _____

   Ort: _____

3. Approbation als Zahnarzt oder Berufserlaubnis nach § 13 ZHG
   Nicht zutreffendes bitte streichen - Kopie dem Antrag bitte beifügen = Anlage I

   Datum: _____

   Behörde: _____

4. Promotion

   Datum: _____

   Titel der Arbeit: _____

5. **Allgemein-zahnärztliche Tätigkeit/en** nach dem Berufsabschluss/Erlaubnis zur selbständigen Ausübung der Zahnheilkunde
Arbeitszeugnis (se) bitte beifügen = Anlage II

a) von _____ bis _____ bei _____

b) von _____ bis _____ bei _____

6. **Weiterbildung als angemeldeter Weiterbildungsassistent**
Ausführliche Arbeitszeugnis(se) über die aufgeführten Weiterbildungszeiten (§ 4 (2) WBO) nebst Weiterbildungsinhalten bitte beifügen = Anlage III

a) von _____ bis _____ bei _____

b) von _____ bis _____ bei _____

c) von _____ bis _____ bei _____

Bei Weiterbildungsstätten außerhalb des Kammerbereiches Berlin mit Bestätigung der jeweils zuständigen Behörde/Zahnärztekammer, dass die angegebene Stätte zur Weiterbildung auf dem Gebiet befugt ist/war = Anlage IIIA

7. **Die Zahl der von mir persönlich durchgeführten operativen Eingriffe während der Weiterbildungszeit (gem. Anlage Operationskatalog) beträgt:**

Ambulant: _____

Stationär. _____

Anliegendes Formblatt "Operationskatalog" bitte beifügen = Anlage IV

8. **Unterbrechungszeiten**

Bemerkungen:_____

a) Beginn: _____ Ende: _____ = ____ Wochen Grund: _____

b) Beginn: _____ Ende: _____ = ____ Wochen Grund: _____

c) Beginn: _____ Ende: _____ = ____ Wochen Grund: _____

9. **Aufstellung über die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen und Kongressen sowie eigener Veröffentlichungen und Vorträge während der Weiterbildungszeit nebst Nachweisen** siehe Formblatt – Nachweis(e) bitte beifügen = Anlage V

10. **Teilnahme an einem Kurs für Notfallmedizin mit praktischen Übungen gemäß Anhang 3, Ziffer 16 WBO**
Nachweis bitte beifügen = Anlage VI

Ja ☐ Nein ☐

11. **Wurde bereits ein Antrag auf Anerkennung der Gebietsbezeichnung "Oralchirurgie" außerhalb des Landes Berlin, des Zuständigkeitsbereiches der Zahnärztekammer Berlin, gestellt?**

Ja ☐ Nein ☐

Im Falle von Ja:
Bitte eine Kopie des Prüfungsbescheides/Prüfungsprotokoll dem Antrag beifügen = Anlage VII

12. **Gebühren**

Für die Abnahme einer Prüfung nach § 7 (4) des Gesetzes über die Weiterbildung von Ärzten, Zahnärzten, Tierärzten und Apothekern sowie die Anerkennung von Gebietsbezeichnungen fallen Gebühren nach der jeweils gültigen Gebührenordnung der Zahnärztekammer Berlin an.

Die beiliegende Einzugsermächtigung als Anlage dem Antrag bitte beifügen = Anlage VIII

13. **Erklärung**

Zu meinem Antrag erkläre ich, dass

1. von mir bei keiner anderen Zahnärztekammer in der Bundesrepublik Deutschland ein Antrag auf Approbation/Antrag zur Feststellung der Gleichwertigkeit des Ausbildungsstandes einer zahnärztlichen Ausbildung (Sachverständigenkommission) anhängig ist oder war,

2. von mir bei keiner anderen Zahnärztekammer in der Bundesrepublik Deutschland ein Antrag auf Anerkennung der Gebietsbezeichnung Oralchirurgie (ggf. auch im Widerspruchs-Verfahren oder vor der Verwaltungsgerichtsbarkeit) anhängig ist oder war,

3. in keinem Fall/in folgenden Fällen ein Antrag auf Gebietsbezeichnung von mir zurückgezogen/zurückgegeben/abgewiesen worden ist
_____

14. **Information**

Die **Weiterbildungsordnung** der **Zahnärztekammer Berlin** nebst Prüfungsordnung ist mir bekannt.

Kollegiales Fachgespräch:
Die Zahnärztekammer Berlin entscheidet über die Anerkennung der Gebietsbezeichnung auf Grund einer Überprüfung des Weiterbildungserfolges mittels kollegialem Fachgespräch.
Die Überprüfung wird von einem Weiterbildungs-/Prüfungsausschuss der Zahnärztekammer Berlin vorgenommen.

15. Antragsabgabe

Der **vollständige** Antrag wird in **vierfacher** Ausfertigung (inkl. Anlagen) überreicht.
Anlagen - Ausnahme:
- Fortbildungsnachweise zu Ziffer 9. - in zweifacher Ausfertigung
- Einzugsermächtigung zu Ziffer 12. – in einfacher Ausfertigung

Nicht in deutscher Sprache verfasste Zeugnisse/Nachweise werden mit beglaubigter Übersetzung eines vereidigten Übersetzers eingereicht.

Alle einzureichenden Unterlagen liegen im Original bei Antragstellung vor und wurden nach gemeinsamer Durchsicht zurückgegeben. Weiterbildungszeugniss(e) und Fallzahlen verbleiben im Original in der Prüfungsakte und werden nicht zurückgegeben.

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

_____ _____

Ort/Datum Unterschrift

Dem Antrag sind folgende Anlagen beizufügen:

zu Ziffer 3.	Anlage I	Kopie Approbation/Berufserlaubnis
zu Ziffer 5.	Anlage II	Ausführliche Zeugnisse/Nachweise über die allgemein-zahnärztliche Tätigkeit vor dem Beginn der Weiterbildung (gem. § 2 Absatz 4 WBO)
zu Ziffer 6.	Anlage III	Ausführliche Zeugnisse über die aufgeführten Weiterbildungszeiten (gem. § 4 Absatz 2 WBO)
	Anlage IIIA	Bei Weiterbildungsstätten außerhalb des Kammerbereiches Berlin mit Bestätigung der jeweils zuständigen Behörde/Zahnärztekammer, dass die angegebene Stätte zur Weiterbildung auf dem Gebiet befugt ist/war
zu Ziffer 7.	Anlage IV	Formblatt "Operationskatalog" mit Bestätigung der/des zur Weiterbildung Berechtigten
zu Ziffer 9.	Anlage V	Formblatt Aufstellung über die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen zzgl. Fotokopien der Nachweise
zu Ziffer 10.	Anlage VI	Kopie Nachweis
zu Ziffer 11.	Anlage VII	ggf. Kopie Bescheid
zu Ziffer 12.	Anlage VIII	Formblatt Einzugsermächtigung

Operationskatalog

Name: _____ geb.: _____

für die Zeit vom _____ bis _____

Osteotomien (Entfernung von Wurzelresten, Sequestrotomie, Wundrevisionen)
Entfernung oberer und unterer Weisheitszähne _____

Entfernung sonstiger retinierter Zähne
(Eckzähne, Mesiodentes, etc.) _____

Wurzelspitzenresektionen im Ober- und
Unterkieferfrontzahnbereich _____

Wurzelspitzenresektionen im Ober- und
Unterkieferseitenzahnbereich_____

Entfernung gutartiger Tumore einschl. Probeexcisionen (Fibrome, Epuliden, Papillome,
Hämangiome, Lipome, Retentionszysten) _____

Präprothetisch-chirurgische Eingriffe:
Alveolarkammplastik, Abtragung von Tori mandibulares et palatini, Vestibulumplastiken,
Schlotterkammentfernung, chron.-entzündliche Gewebshyperplasien, Bänderoperationen,
(Lippen- und Wangenbänder, Ankyloglossum) _____

Intraorale Abszessincisionen _____

Extraorale Abszessincisionen _____

Cystektomien _____

Cystostomien _____

Plastischer Verschluß von Mund-Antrum-Verbindungen _____

Parodontalchirurgische Eingriffe _____

Kieferbruchschienungen _____

Operative Kieferbruchbehandlung _____

Freilegung von retinierten Zähnen einschl. Anschlingung _____

Reimplantationen _____

Implantationen (Fremdimplantate, transdentale Fixation) _____

Narkose-Assistenz (Intubation) _____

Übriges _____

_____

_____

Bestätigung/Unterschrift des zur Weiterbildung Berechtigten

....
Datum, Unterschrift Stempel

Operationskatalog

Name: _____ geb.: _____

für die Zeit vom _____ bis _____

Osteotomien (Entfernung von Wurzelresten, Sequestrotomie, Wundrevisionen)
Entfernung oberer und unterer Weisheitszähne _____

Entfernung sonstiger retinierter Zähne
(Eckzähne, Mesiodentes, etc.) _____

Wurzelspitzenresektionen im Ober- und
Unterkieferfrontzahnbereich _____

Wurzelspitzenresektionen im Ober- und
Unterkieferseitenzahnbereich_____

Entfernung gutartiger Tumore einschl. Probeexcisionen (Fibrome, Epuliden, Papillome,
Hämangiome, Lipome, Retentionszysten) _____

Präprothetisch-chirurgische Eingriffe:
Alveolarkammplastik, Abtragung von Tori mandibulares et palatini, Vestibulumplastiken,
Schlotterkammentfernung, chron.-entzündliche Gewebshyperplasien, Bänderoperationen,
(Lippen- und Wangenbänder, Ankyloglossum) _____

Intraorale Abszessincisionen _____

Extraorale Abszessincisionen _____

Cystektomien _____

Cystostomien _____

Plastischer Verschluß von Mund-Antrum-Verbindungen _____

Parodontalchirurgische Eingriffe _____

Kieferbruchschienungen _____

Operative Kieferbruchbehandlung _____

Freilegung von retinierten Zähnen einschl. Anschlingung _____

Reimplantationen _____

Implantationen (Fremdimplantate, transdentale Fixation) _____

Narkose-Assistenz (Intubation) _____

Übriges _____

_____

_____

Bestätigung/Unterschrift des zur Weiterbildung Berechtigten

....
Datum, Unterschrift Stempel

Aufstellung über die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen und Kongressen sowie eigener Veröffentlichungen und Vorträge

Fortbildungsveranstaltung	Datum/Zeitraum	Veranstalter

Ggf. weitere Seite 2 hinzufügen – Diese **Aufstellung** bitte in **vierfach**er Ausfertigung beifügen –
Die dazugehörigen **Fortbildungsnachweise** in **zweifach**er Ausfertigung

Anerkennung der Gebietsbezeichnung
Fachzahnärztin/-arzt für Oralchirurgie/Oralchirurg/in

ZAHNÄRZTEKAMMER BERLIN

Gebührenordnung der Zahnärztekammer Berlin vom 28. September 2000, zuletzt geändert am 18. Mai 2017 (ABl. S. 3396)

Abschnitt II Leistungen nach dem Weiterbildungsgesetz

Ziffer 2.01 Bearbeitung eines Antrages auf Anerkennung einer Gebietsbezeichnung	€ 100,--
Ziffer 2.02 Abnahme einer Prüfung nach § 7 Abs. 4 des Gesetzes über die Weiterbildung von Ärzten, Zahnärzten, Tierärzten und Apothekern	€ 540,--

Auslagen

Allgemeine Verwaltungsgebühren

Fotokopie/Ausdruck bis zum Format DIN A 3 pro Seite € 0,10 x ____ Seiten €

(St.-Nr. 29/033/07226)

verbleibt in Ihren Unterlagen – bitte abtrennen

----------→----------→----------→----------

SEPA Basis-Lastschriftverfahren

(Gläubiger-ID: DE34ZZZ00000584655)

Hiermit ermächtige ich die Zahnärztekammer Berlin, den von mir zu entrichtenden Betrag gem. Ziffern 2.01/2.02 des Gebührenverzeichnisses der Zahnärztekammer Berlin für das Anerkennungsverfahren zum Erlangen der Gebietsbezeichnung nebst anfallender Auslagen in Höhe von insgesamt

€

von folgendem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Ihre Mandatsreferenznummer entspricht der o. g. Gebietsbezeichnung zzgl. Ihrem Nachnamen.

Name der Bank: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Kontoinhaber: _____

Name/Anschrift Antragsteller: _____

_____ _____

Datum (Unterschrift)