



**Antrag auf Anerkennung  
als  
Fachzahnärztin/Fachzahnarzt für Öffentliches Gesundheitswesen**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

**Ich beantrage die Anerkennung als Fachzahnärztin/Fachzahnarzt für Öffentliches Gesundheitswesen 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**  
Nachweis/e bitte beifügen = Anlage II

- a) von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_
- b) von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_
- c) von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_

**6. Weiterbildung als angemeldeter Weiterbildungsassistent**  
Arbeitszeugnis bitte beifügen = Anlage III

- a) von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_
- b) von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_
- c) von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_

**7. Unterbrechungszeiten**

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

- a) Beginn: \_\_\_\_\_ Ende: \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ Wochen Grund: \_\_\_\_\_
- b) Beginn: \_\_\_\_\_ Ende: \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ Wochen Grund: \_\_\_\_\_
- c) Beginn: \_\_\_\_\_ Ende: \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ Wochen Grund: \_\_\_\_\_

**8. Aufstellung über die Teilnahme an Kolloquien, Fortbildungsveranstaltungen, Kongressen sowie eigener Veröffentlichungen und Vorträge wie folgt:**  
siehe Formblatt – Nachweis/e bitte beifügen = Anlage IV

**9. Bestätigung über die Teilnahme an einem Weiterbildungslehrgang für das Gebiet „Öffentliches Gesundheitswesen“ an einer Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen (theoretischer Teil der Weiterbildung)**  
Nachweis bitte beifügen - Anlage V

**10. Bestätigung über die ordnungsgemäße Durchführung der Weiterbildung seitens der zuständigen Aufsichtsbehörde**  
Nachweis bitte beifügen = Anlage VI

**11. 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 VII

## 12. Erklärung

Zu meinem Antrag erkläre ich, dass

1. von mir bei keiner anderen Zahnärztekammer in der Bundesrepublik Deutschland ein Antrag auf Anerkennung einer Gebietsbezeichnung \_\_\_\_\_ (ggf. auch im Widerspruchsverfahren oder vor der Verwaltungsgerichtsbarkeit) anhängig war oder ist,
  2. in keinem Fall - in folgenden Fällen - ein Antrag auf Gebietsbezeichnung von mir zurückgezogen/mir zurückgegeben/abgewiesen worden ist.
- 

Bei **Tätigkeit mit einer Berufserlaubnis** nach § 13 ZHG:

Darüber hinaus erkläre ich, dass von mir in keinem Bundesland/keiner Zahnärztekammer in der Bundesrepublik Deutschland ein Antrag auf Approbation/Zulassung zum Fachgespräch zur Bewertung der Gleichwertigkeit des Ausbildungsstandes einer zahnärztlichen Ausbildung außerhalb der EU (Sachverständigenkommission) anhängig war oder ist bzw. zurückgezogen, zurückgegeben oder abgewiesen worden ist.

Dem Antrag sind folgende Anlagen beizufügen:

- zu Ziffer 3. Approbation/Berufserlaubnis
- zu Ziffer 5. Ausführliche Zeugnisse/Nachweise über die allgemein-zahnärztliche Tätigkeit vor dem Beginn der Weiterbildung (gem. § 2 (4) WBO)
- zu Ziffer 6. Ausführliche Zeugnisse über die aufgeführten Weiterbildungszeiten (gem. § 4 Absatz 2 WBO)
- zu Ziffer 8. Formblatt Aufstellung über die Teilnahme an Kolloquien, Fortbildungsveranstaltungen zzgl. Fotokopien der Nachweise
- zu Ziffer 9. Nachweis Teilnahme Weiterbildungslehrgang „Öffentliches Gesundheitswesen“
- zu Ziffer 10. Nachweis der Aufsichtsbehörde
- zu Ziffer 11. Formblatt Einzugsermächtigung

Alle einzureichenden Unterlagen sind bei Antragstellung im Original vorzulegen und werden nach gemeinsamer Durchsicht zurückgegeben. Weiterbildungszeugnisse verbleiben im Original in der Prüfungsakte und werden nicht zurückgegeben.

Nicht in deutscher Sprache verfasste Zeugnisse/Nachweise sind mit beglaubigter Übersetzung einer vereidigten Übersetzers einzureichen.

Bei Weiterbildungsstätten außerhalb des Kammerbereichs Berlin mit Bestätigung der jeweiligen Zahnärztekammer, dass die angegebene Stätte weiterbildungsberechtigt war/ist und die Weiterbildung in dem angegebenen Zeitraum im Kammerbereich registriert war.

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

---

Ort/Datum

---

Unterschrift

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

| Fortbildungsveranstaltung | Datum/Zeitraum | Veranstalter |
|---------------------------|----------------|--------------|
|                           |                |              |
|                           |                |              |
|                           |                |              |
|                           |                |              |
|                           |                |              |
|                           |                |              |
|                           |                |              |
|                           |                |              |
|                           |                |              |
|                           |                |              |
|                           |                |              |
|                           |                |              |
|                           |                |              |
|                           |                |              |
|                           |                |              |
|                           |                |              |
|                           |                |              |
|                           |                |              |
|                           |                |              |

Ggf. weitere Seite 2 hinzufügen –



ZAHNÄRZTEKAMMER BERLIN

**Anerkennung der Gebietsbezeichnung  
Fachzahnärztin/-arzt für Öffentliches Gesundheitswesen**

**Gebührenordnung der Zahnärztekammer Berlin vom 28. September 2000, zuletzt geändert am  
23. September 2010, nebst Gebührenverzeichnis vom 15. Dezember 2010**

Abschnitt II Leistungen nach dem Weiterbildungsgesetz

Ziffer 2.01 Bearbeitung eines Antrages auf Anerkennung einer  
Gebietsbezeichnung

€ 100,--

**Auslagen**

Allgemeine Verwaltungsgebühren

|                                  |                    |          |         |        |   |
|----------------------------------|--------------------|----------|---------|--------|---|
| Fotokopie bis zum Format DIN A 3 | Seiten 1 – 50      | á € 0,50 | x _____ | Seiten | € |
|                                  | jede weitere Seite | à € 0,15 | 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. Ziffer 2.01 des Gebührenverzeichnisses der Zahnärztekammer Berlin für die Anerkennung als Fachzahnärztin/-arzt für Öffentliches Gesundheitswesen, nebst anfallender Auslagen, in Höhe von

€

von folgendem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

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

Name der Bank: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber/  
Antragsteller:  
mit Anschrift  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)