

Berechtigung zur Weiterbildung/Anerkennung als Weiterbildungsstätte
auf dem Gebiet der **Kieferorthopädie**, gem. §§ 5 und 6 des Weiterbildungsgesetzes
sowie §§ 4, 5 und 9 der Weiterbildungsordnung der Zahnärztekammer Berlin
- Niedergelassener Fachzahnarzt in eigener Praxis –
Neuantrag

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Praxisanschrift/Telefon: _____
(Weiterbildungsstätte)

Praxisform: Einzelpraxis Praxisgemeinschaft Privatpraxis

Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft (ÜBAG)

Zu meinem Antrag auf Weiterbildungsberechtigung/Anerkennung meiner Praxis als Weiterbildungsstätte auf dem Gebiet der Kieferorthopädie gebe ich folgende Erklärung ab:

1. Die Aufgaben des Ausbildungsleiters werde ich persönlich wahrnehmen.
2. Ich erhielt die Anerkennung als Fachzahnarzt für Kieferorthopädie/Kieferorthopäde mit Wirkung vom _____ durch die Zahnärztekammer

_____.

Bitte beglaubigte Fotokopie als Anlage I dem Antrag beifügen.

3. Nach der Anerkennung als Fachzahnarzt für Kieferorthopädie/Kieferorthopäde war ich an folgenden Kliniken bzw. in folgenden Praxen tätig:

_____ von _____ bis _____

_____ von _____ bis _____

_____ von _____ bis _____

Nachweis(e) bitte als Anlage II dem Antrag beifügen.

4. Seit dem _____ bis heute bin ich in eigener Praxis zu den üblichen Praxiszeiten ununterbrochen und ausschließlich kieferorthopädisch tätig.

Anliegende Verpflichtungserklärung bitte als Anlage III dem Antrag beifügen

Aus folgenden Gründen bin ich nicht während der ganzen Arbeitszeit in der als Weiterbildungsstätte beantragten Praxis anwesend:

_____ (ggf. bitte streichen)

5. In meiner Praxis sind

_____ voll ausgestattete kieferorthopädische Arbeitsplätze in
_____ Behandlungsräumen vorhanden.

Als Angestellte stehen zur Verfügung:

_____ Zahnarztshelfer/innen

_____ Sekretär/innen

_____ Auszubildende

_____ Zahntechniker/innen.

6. Ich bin in der als Weiterbildungsstätte beantragten Praxis mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von _____ Stunden anwesend.

7. In meiner Praxis sind

- die für die Therapie mit festsitzenden Apparaturen erforderlichen Geräte und Einrichtungsgegenstände vorhanden ja nein

- Einrichtungen vorhanden, die eine praktische Ausbildung in Fernröntgentechnik und Fernröntgendiagnostik ermöglichen ja nein

8. In meiner Praxis werden Behandlungen mit Behandlungsgeräten vorgenommen:

- ausschließlich herausnehmbar ja nein

- ausschließlich festsitzend ja nein

- herausnehmbar und festsitzend ja nein

9. Die Zahl der bei mir persönlich in kieferorthopädischer Behandlung stehenden Patienten am v. g. Praxisstandort beträgt z. Zt.:

Davon sind _____ Retentionsfälle

sowie _____ Neuzugänge in den letzten 12 Monaten.

10. Bekanntgabe der Behandlungszahlen in Anlehnung an § 9 Absatz 2 Ziffer 2 WBO

Einverständniserklärung zur Einholung der Patientenzahlen bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung zur Bekanntgabe der laufenden kieferorthopädischen Behandlungsfälle der letzten 12 Monate vor Antragstellung liegt bei:

ja nein.

Ggf. anliegende Einverständniserklärung als Anlage IV dem Antrag beifügen

Im Falle von Nein:

Eine schriftliche Bestätigung seitens der Kassenzahnärztlichen Vereinigung über die laufenden kieferorthopädischen Behandlungsfälle der letzten 12 Monate vor Antragstellung wird innerhalb 1 Woche nachgereicht.

11. Angaben zu den 50 zuletzt abgeschlossenen Behandlungsfällen
(Bitte das beiliegende Formblatt verwenden)

Zu jedem Patienten ist anzugeben, ob die Behandlung mit Extraktionen, Multibracketapparaturen, funktionskieferorthopädischen Geräten und/oder kombiniert kieferorthopädisch/kieferchirurgisch durchgeführt wird/wurde.

Im Bereich der GKV ist hier das Datum der Abschlussbescheinigung, für die PKV der tatsächliche Behandlungsabschluss maßgeblich.

Ausgefülltes Formblatt bitte als Anlage V dem Antrag beifügen.

12. Dokumentation des ermittelten PAR-Index
(Bitte das beiliegende Formblatt - Kopiervorlage - verwenden)

Für die ersten 30 abgeschlossenen Behandlungsfälle der o. g. Patientenliste (Nr. 1 - 30) ist eine PAR-Index-Berechnung der Ausgangssituation (Anfangsmodelle) und der Abschlusssituation (Abschlussmodelle) zu erheben.

Die Verbesserung durch die Behandlung muss im Mittel mindestens 70 % betragen.

Sofern auf der Basis von 30 Patienten das 70 %-Kriterium nicht erfüllt wird steht es dem Antragsteller frei, 20 weitere Patienten (in der Reihenfolge des Behandlungsabschlusses gem. Patientenliste) einzubeziehen.

Ausgefüllte Formblätter bitte als Anlage VI dem Antrag beifügen.

13. Aufstellung über die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen und Kongressen sowie eigener Veröffentlichungen und Vorträge der letzten drei Jahre

- siehe Formblatt - Nachweis(e) bitte als Anlage VII beifügen

14. Weiterbildungsstätte

Das Vorhandensein eines voll ausgestatteten eigenen Arbeitsplatzes für den Weiterzubildenden einschl. der erforderlichen Einrichtungen und Hilfsmittel ist gewährleistet:

 ja

 nein

Formblatt "Protokoll zur Praxisbegehung" bitte als Anlage VIII dem Antrag beifügen.

15. Erklärung des Antragstellers

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Die aktuelle Weiterbildungsordnung der Zahnärztekammer Berlin liegt mir vor. Sie ist mir inhaltlich bekannt und umsetzbar. Zu weitergehenden inhaltlichen Richtlinien und Modalitäten informiere ich mich im Falle jeglicher Veränderungen vorab in der Zahnärztekammer Berlin.

Gem. Abschnitt II Nr. 2.03 des Gebührenverzeichnisses der Zahnärztekammer Berlin vom 10. Dezember 2010 werden bei Erteilung oder Überprüfung der Verlängerung einer Weiterbildungsberechtigung Gebühren in Höhe von € 1.245,- fällig.

Der **vollständige** Antrag ist in **vierfacher** Ausfertigung bis zum Anmeldeschluss einzureichen.

- Ausnahmen:
- Einverständniserklärung KZV – Ziffer 10. – in zweifacher Ausfertigung
 - Fortbildungsnachweise zu Ziffer 13. – in zweifacher Ausfertigung
 - Protokoll zur Praxisbegehung – Ziffer 14. – in einfacher Ausfertigung

Im Falle der Berechtigung zur Weiterbildung gebe ich mein Einverständnis zur kostenfreien Einstellung meiner Praxisanschrift auf der Homepage der Zahnärztekammer Berlin. Der Eintrag umfasst meinen Namen, die Praxisadresse (Weiterbildungsstätte) und Praxistelefonnummer.

Gelesen und anerkannt:

Ort/Datum

Unterschrift

Praxisstempel

Anlagen:

- | | | | |
|---------------|---|---------------|---|
| zu Ziffer 2. | Anerkennungsurkunde | zu Ziffer 12. | Formblatt PAR-Score (Kopiervorlage) |
| zu Ziffer 3. | Tätigkeitsnachweis(e) | | - The PAR-Index |
| zu Ziffer 4. | Verpflichtungserklärung | | - The development of the PAR Index |
| zu Ziffer 10. | Einverständniserklärung/ Behandlungszahlen KZV | zu Ziffer 13. | Formblatt Aufstellung über die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen <u>zzgl.</u> |
| zu Ziffer 11. | Formblatt Patientenliste (50 Behandlungsfälle) | | Fotokopien der Nachweise |
| | | zu Ziffer 14. | Protokoll zur Praxisbegehung |

**Informationen des Prüfungsausschusses Kieferorthopädie zum
Antrag auf Berechtigung zur Weiterbildung/Anerkennung als Weiterbildungsstätte
auf dem Gebiet der Kieferorthopädie nach der Weiterbildungsordnung der
Zahnärztekammer Berlin**

Richtlinien für die Bewertung der Aktenführung/Dokumentation

- Dokumentation:

Kieferorthopädische Behandlungen sind Langzeitbehandlungen. Eine umfassende Dokumentation der Patientenbefunde ist die Grundlage von Diagnose und Therapieplanung. Sie ist weiterhin erforderlich für die Beurteilung des Therapieverlaufes und die Retentionsplanung einschließlich prognostischer und epikritischer Bewertung.

Die Dokumentation muss für Weiterbildungszwecke geeignet sein. Eine genau dokumentierte fortlaufende Diagnostik ist für eine ordnungsgemäße Weiterbildung unverzichtbar. Die Art und der Umfang der diagnostischen Unterlagen ist vom Schwierigkeitsgrad des Krankheitsbildes und vom Verlauf der Behandlung abhängig.

Der Umfang der diagnostischen Maßnahmen, die Qualität und die Aussagefähigkeit der Unterlagen (Modelle, bildgebende Verfahren, Karteiführung etc.), die Art und die Dokumentation des Therapieverlaufes haben den Ansprüchen zur Vermittlung einer qualifizierten Weiterbildung zu genügen.

Die Anamnese, die Befunde (Modellbefund, intraoraler Befund, Funktionsbefund, Röntgenbefund etc.), die Therapieplanung, der Behandlungsverlauf und die Epikrise sind nachvollziehbar und in wissenschaftlicher Nomenklatur zu dokumentieren.

Aus der individuellen Diagnose und dem Therapievorschlag müssen sich die Behandlungsaufgaben und der Zeitplan für die geplanten Behandlungsschritte ableiten lassen. Während der Behandlung muss eine regelmäßige Kontrolle des Therapieverlaufes erfolgen. Diese fortlaufende Diagnostik soll Planmäßigkeit oder Unplanmäßigkeit sowie die entsprechenden therapeutischen Konsequenzen erkennen lassen.

Am Ende der aktiven Behandlung muss die prognostische Bewertung der Retention erfolgen (Art, Zeit). Bei Abschluss der Retention hat eine letzte diagnostische Auswertung mindestens anhand von aktuellen (nicht älter als sechs Monate) Modellen zu erfolgen. Ggf. erforderliche zahnärztliche oder präventive Maßnahmen nach Abschluss der kieferorthopädischen Behandlung sind festzuhalten und zu veranlassen.

Der Behandlungsverlauf sowie Änderungen der ursprünglichen Planung sind nicht nur durch Zwischenunterlagen, sondern auch durch entsprechende Eintragungen in der Krankengeschichte darzustellen.

Die Behandlungsdokumentation einer zu berechtigenden Weiterbildungsstätte hat die folgenden Anforderungen zu erfüllen:

- Aus der individuellen Diagnose und der geplanten Therapie müssen sich die Behandlungsaufgaben und der Zeitplan für die geplanten Behandlungsschritte ableiten lassen.
- Während der Behandlung muss eine regelmäßige Kontrolle des Therapieverlaufes erfolgen. Diese fortlaufende Diagnostik soll Planmäßigkeit oder Unplanmäßigkeit sowie die entsprechenden therapeutischen Konsequenzen erkennen lassen.

- Am Ende der aktiven Behandlung muss die prognostische Bewertung der Retention erfolgen (Art, Zeit). Eventuell erforderliche zahnärztliche oder präventive Maßnahmen nach Abschluss der kieferorthopädischen Behandlung sind festzuhalten und zu veranlassen.

Bei Vorliegen behebbarer Mängel kann eine Berechtigung mit Auflagen ausgesprochen werden.

- Gewährleistung der Weiterbildung

Zur Gewährleistung einer qualifizierten Weiterbildung wird von den Weiterbildungsstätten erwartet, dass die Anforderungen an Diagnostik und Dokumentation sowohl einem weitergebildeten als insbesondere auch einem in Weiterbildung befindlichen Zahnarzt jederzeit ein Nachvollziehen der diagnostischen und der daraus abgeleiteten therapeutischen Schritte erlaubt.

- Planungsmodelle

Planungsmodelle müssen

- sämtliche durchgebrochenen und/oder im Durchbruch befindlichen Zähne sowie die Alveolarfortsätze - einschließlich der Tubera und der retromolaren Bereiche -, die Umschlagfalte und die inserierenden Bänder präzise darstellen,
- frei von okklusionsstörenden Gipsüberschüssen sein,
- bei dreidimensionaler Orientierung nach Raphemedian-, Okklusal-, und Tuberebene getrimmt und auf den Rückflächen aufstellbar sein,
- ohne Bissregistrat eindeutig die habituelle Interkuspidation bzw. bei schädelgelenksbezoglicher Montage die Zentrik wiedergeben.

Hinweis: Arbeits- und Technikmodelle sind keine Planungsmodelle!

- Fotos

Fotos müssen

- eine Mindestgröße (80 x 80 mm) haben, die eine sichere Auswertung nach kieferorthopädischen Gesichtspunkten, also auch eine zeichnerische Auswertung, erlaubt,
- achsengerecht die klinische Ist-Situation erfassen.

Ein Vergleich der möglichst standardisierten Fotos oder standardisierter Videoverfahren des gleichen Patienten zu unterschiedlichen Zeitpunkten sollte möglich sein.

Werden abweichend vom Vorstehenden Dias für diagnostische Zwecke und wissenschaftliche Dokumentation hergestellt und für die Auswertung mit entsprechenden Geräten vergrößert und vermessen, soll eine schriftliche (deskriptive) Auswertung vorgenommen sein.

- Röntgenaufnahmen

Der Umfang der Röntgendiagnostik hat den Erfordernissen des einzelnen Patienten zu entsprechen. Alle Aufnahmen müssen grundsätzlich den Anforderungen der Röntgenverordnung entsprechen, in standardisierter Röntgentechnik erstellt sowie aufnahme- und entwicklungs-technisch einwandfrei sein.

Zum röntgendiagnostischen Ausgangsbefund zur Planung einer kieferorthopädischen Behandlung gehören im Regelfall:

- eine Übersichtsaufnahme des Gebisses und der relevanten knöchernen Strukturen mittels Panoramaaufnahmen (OPG) mit Auswertung,
- ein Fernröntgenseitenbild (FRS) mit Durchzeichnung und Auswertung.

Im Regelfall erfolgt die Aufnahme in Schlussbissstellung (Ausnahmen: z. B. Zwangsbiss).

Bis auf wenige Ausnahmen ist ein laterales Röntgenbild des Schädels notwendig. Es sollte in Schlussbissstellung aufgenommen sein (Ausnahme: Zwangsbiss) und einen Kontrast aufweisen, der die kephalometrische Auswertung speziell die spätere Bestimmung von Frontzahnneigung, basalen

Kieferrelationen und Weichteilverlauf erlaubt. Die schriftliche Auswertung und Durchzeichnung müssen beigefügt werden.

Diese o. g. Aufnahmen sind in Abhängigkeit von Krankheitsbild und Behandlungsverlauf zur fortlaufenden Diagnostik ggf. mehrfach zu wiederholen.

Weitere bildgebende Verfahren (z. B. Einzelzahnfilme, Aufbissaufnahmen, Handwurzelaufnahmen, Kiefergelenkaufnahmen, besondere bildgebende Verfahren usw.) können im Einzelfall zusätzlich erforderlich sein.

Für den Prüfungsausschuss
Prof. Dr. P.- G. Jost-Brinkmann
Vorsitzender des Prüfungsausschusses
Kieferorthopädie

07-07/08-09

Verpflichtungserklärung
zum Antrag auf Weiterbildungsberechtigung
für das Gebiet der Kieferorthopädie

Gemäß § 9 der Weiterbildungsordnung der Zahnärztekammer Berlin setzt die Weiterbildungsberechtigung für das Gebiet der Kieferorthopädie voraus, dass der zur Weiterbildung Berechtigte seine Tätigkeit grundsätzlich auf die Kieferorthopädie beschränkt.

Hiermit erkläre ich, dass ich meine Tätigkeit grundsätzlich auf das Gebiet der Kieferorthopädie beschränke.

Sollten sich Änderungen diesbezüglich ergeben, z. B. **Zulassung** zur vertragszahnärztlichen Tätigkeit/**Aufnahme** der vertragszahnärztlichen Tätigkeit, ist dies unverzüglich der Zahnärztekammer mitzuteilen.

Gelesen und anerkannt:

Berlin, den

.....
(Unterschrift und Stempel)

Einverständniserklärung
zur Einholung der Patientenzahlen bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung
zur Bekanntgabe der laufenden kieferorthopädischen Behandlungsfälle
der letzten 12 Monate vor Antragstellung

Hiermit erkläre ich gegenüber der Zahnärztekammer Berlin mein Einverständnis zur Einholung der laufenden kieferorthopädischen Behandlungsfälle der letzten 12 Monate bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Berlin.

Praxisinhaber/-anschrift

.....
.....
.....
.....

(Ort, Datum, Unterschrift)

(Praxisstempel)

Antrag auf Berechtigung zur Weiterbildung auf dem Gebiet der Kieferorthopädie
Liste der 50 zuletzt abgeschlossenen Behandlungsfälle

Praxisstempel:

| Nr. | Name | Vorname | Geb.- Datum | Beh.- Beginn | Beh.- Abschluss | Aktive Platte | FKO | Multiband | Extraktionstherapie | Kieferchir.-Kieferorthop. | Aligner |
|-----|------|---------|-------------|--------------|-----------------|---------------|-----|-----------|---------------------|---------------------------|---------|
| 1 | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | |

Praxisstempel:

| Nr. | Name | Vorname | Geb.- Datum | Beh.- Beginn | Beh.- Abschluss | Aktive Platte | FKO | Multiband | Extraktionstherapie | Kieferchir.-Kieferorthop. | Aligner |
|-----|------|---------|-------------|--------------|-----------------|---------------|-----|-----------|---------------------|---------------------------|---------|
| 17 | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | |
| 21 | | | | | | | | | | | |
| 22 | | | | | | | | | | | |
| 23 | | | | | | | | | | | |
| 24 | | | | | | | | | | | |
| 25 | | | | | | | | | | | |
| 26 | | | | | | | | | | | |
| 27 | | | | | | | | | | | |
| 28 | | | | | | | | | | | |
| 29 | | | | | | | | | | | |
| 30 | | | | | | | | | | | |
| 31 | | | | | | | | | | | |
| 32 | | | | | | | | | | | |
| 33 | | | | | | | | | | | |
| 34 | | | | | | | | | | | |
| 35 | | | | | | | | | | | |
| 36 | | | | | | | | | | | |

Praxisstempel:

| Nr. | Name | Vorname | Geb.- Datum | Beh.- Beginn | Beh.- Abschluss | Aktive Platte | FKO | Multiband | Extraktionstherapie | Kieferchir.-Kieferorthop. | Aligner |
|-----|------|---------|-------------|--------------|-----------------|---------------|-----|-----------|---------------------|---------------------------|---------|
| 37 | | | | | | | | | | | |
| 38 | | | | | | | | | | | |
| 39 | | | | | | | | | | | |
| 40 | | | | | | | | | | | |
| 41 | | | | | | | | | | | |
| 42 | | | | | | | | | | | |
| 43 | | | | | | | | | | | |
| 44 | | | | | | | | | | | |
| 45 | | | | | | | | | | | |
| 46 | | | | | | | | | | | |
| 47 | | | | | | | | | | | |
| 48 | | | | | | | | | | | |
| 49 | | | | | | | | | | | |
| 50 | | | | | | | | | | | |

.....
Datum/Unterschrift des Antragstellers

Kopiervorlage

Antrag auf Berechtigung zur Weiterbildung auf dem Gebiet der Kieferorthopädie
PAR Score der ersten 30 Behandlungsfälle
der vorliegenden Patientenliste

Patient Nr.:

| 1. | PAR Component | Pre-treatment | | | | | Total |
|----------------------------|------------------------|----------------------|-----|-------------------------|-----|-----------------------|-------|
| | | 3-2 | 2-1 | 1-1 | 1-2 | 2-3 | |
| 1. | Upper anterior segment | 3-2 | 2-1 | 1-1 | 1-2 | 2-3 | |
| 2. | Lower anterior segment | 3-2 | 2-1 | 1-1 | 1-2 | 2-3 | |
| 3. | Right buccal occlusion | Antero/ posterior | | Transverse posterior | | Vertical posterior | |
| 4. | Overjet (x6) | | | | | | |
| 5. | Overbite (x2) | | | | | | |
| 6. | Centreline (x4) | | | | | | |
| 7. | Left buccal occlusion | Antero/ posterior | | Transverse posterior | | Vertical posterior | |
| Pre-treatment total | | | | | | | |

| 1. | PAR Component | Post-treatment | | | | | Total |
|-----------------------------|------------------------|----------------------|-----|-------------------------|-----|-----------------------|-------|
| | | 3-2 | 2-1 | 1-1 | 1-2 | 2-3 | |
| 1. | Upper anterior segment | 3-2 | 2-1 | 1-1 | 1-2 | 2-3 | |
| 2. | Lower anterior segment | 3-2 | 2-1 | 1-1 | 1-2 | 2-3 | |
| 3. | Right buccal occlusion | Antero/ posterior | | Transverse posterior | | Vertical posterior | |
| 4. | Overjet (x6) | | | | | | |
| 5. | Overbite (x2) | | | | | | |
| 6. | Centreline (x4) | | | | | | |
| 7. | Left buccal occlusion | Antero/ posterior | | Transverse posterior | | Vertical posterior | |
| Post-treatment total | | | | | | | |

Verbesserung in %:

**Berechtigung zur Weiterbildung und ggf. deren Verlängerung/
Anerkennung als Weiterbildungsstätte auf dem Gebiet der Kieferorthopädie**

**Protokoll zur Praxisbegehung
am, in der Zeit von bis**

1. Antragsteller: Name:

Anschrift:

Tel:

E-Mail:

web:

2. Räume
(vorhanden ✓/nicht vorhanden bitte streichen)

| | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|
| m ² | | | | | | | |
| Räume insgesamt | | | | | | | |
| Rezeption | | | | | | | |
| Wartebereich | | | | | | | |
| Behandlungsräume | | | | | | | |
| Behandlungsstühle | | | | | | | |
| Abdruckstuhl | | | | | | | |
| Eigenlabor: - für kleinere Arbeiten - für jegliche Arbeiten | | | | | | | |
| Büro | | | | | | | |
| Arbeitsplatz für Assistenten/Schreibtisch | | | | | | | |
| Röntgenraum | | | | | | | |
| Entwicklungsraum | | | | | | | |
| Sterilisationsraum | | | | | | | |
| Sozialraum | | | | | | | |
| Umkleieraum für Mitarbeiter | | | | | | | |
| Mitarbeitertoilette | | | | | | | |
| Patiententoilette | | | | | | | |
| Abstellraum | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

3. Technische Ausstattung:

| | | | | | | | |
|---------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| Jahr | | | | | | | |
| Computerarbeitsplätze Software: | | | | | | | |
| Röntgenbildbetrachter (Tischgerät) | | | | | | | |
| Messutensilien | | | | | | | |
| FRS/OPTG - | | | | | | | |
| Einzelbild-Rö - | | | | | | | |
| Fotoanlage | | | | | | | |
| Druckertyp | | | | | | | |
| Sterilisation | | | | | | | |
| Firma | | | | | | | |
| Typ: | | | | | | | |
| Art: | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

4. Mitarbeiter:

| | | | | | | |
|---------------------------|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | |
| Zahnärztliche Assistenten | | | | | | |
| ZFA | | | | | | |
| ZMP | | | | | | |
| ZMV | | | | | | |
| Mitarbeiter Rezeption | | | | | | |
| Auszubildende | | | | | | |
| Reinigungspersonal | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

5. Fachliteratur

Aufstellung der in Ihrer Praxis vorhandenen Fachliteratur gem. beiliegender Anlagen

(Fachliteratur/Fachzeitschriften) ausgefüllt beifügen

Ich versichere, dass der zukünftige Weiterbildungsassistent uneingeschränkten Zugang zur Fachliteratur hat.

.....
Stempel

.....
Datum, Unterschrift des Antragstellers

Von der Zahnärztekammer Berlin auszufüllen

Gesamteindruck der Praxis:

Im Rahmen der Praxisbegehung werden in Absprache mit dem Antragsteller nachfolgende Kriterien/Auflagen für die Weiterbildungsberechtigung/Anerkennung als Weiterbildungsstätte festgehalten:

Anlässlich der Praxisbegehung wurden nachfolgend genannte Fälle ausgelöst:



Dem Antrag auf Weiterbildungsberechtigung/Anerkennung als Weiterbildungsstätte, für die Anerkennung einer Weiterbildungszeit von bis zu zwei Jahren gem. § 10 (3) WBO, sollte entsprochen werden.

Ja

Nein

Ggf. Begründung:

.....
ZÄ J. von Hoyningen-Huene
Mitglied im Vorstand der Zahnärztekammer Berlin
Zahnärztliche Fort- und Weiterbildung