

Berechtigung zur Weiterbildung/Anerkennung als Weiterbildungsstätte
auf dem Gebiet der **Oralchirurgie**, gem. §§ 5 und 6 des Weiterbildungsgesetzes
sowie §§ 4, 5 und 13 der Weiterbildungsordnung der Zahnärztekammer Berlin
- **Niedergelassener Fachzahnarzt/Facharzt in eigener Praxis –**
Neuantrag

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Praxisanschrift/Telefon: _____
- Weiterbildungsstätte -

Praxisform: Einzelpraxis Praxisgemeinschaft Privatpraxis
 Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft (ÜBAG)
 Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) eigene Niederlassung GbR

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

1. Die **Aufgaben des Ausbildungsleiters** werde ich persönlich wahrnehmen.

2. Ich erhielt die **Anerkennung**

als Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

am _____ durch _____

als Fachzahnarzt für Oralchirurgie/Oralchirurg

am _____ durch _____.

Bitte beglaubigte Fotokopie(n) als Anlage I dem Antrag beifügen .

3. **Nach der Anerkennung gemäß o. g. Ziffer 2.** 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 _____ bin ich in eigener Praxis zu den üblichen Praxiszeiten ununterbrochen tätig.

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 zahnärztliche Arbeitsplätze in

_____ Behandlungsräumen vorhanden.

Als **Angestellte** stehen zur Verfügung:

_____ Zahnarzhelfer/innen

_____ Sekretär/innen

_____ Auszubildende.

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

7. Die Zahl der von mir persönlich durchgeführten operativen Eingriffe pro Jahr (gem. Anlage OP-Katalog) beträgt:

Ambulant: _____

Stationär: _____.

Anliegendes Formblatt bitte als Anlage III dem Antrag beifügen

8. Bekanntgabe der **Behandlungszahlen**/zahnärztliche chirurgische Eingriffe der letzten 12 Monate vor Antragstellung

In Anlehnung an den HVM der KZV müssen Fachzahnärzte für Oralchirurgie und Fachärzte für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie wenigstens einen 30%igen Anteil chirurgischer Kernleistungen gem. Bema-Nrn.: Ä 161, 36 – 38, 43 – 48 und 51a – 63 aus deren abgerechneter KCH-Punktmenge für den o. g. Antragszeitraum nachweisen.

Einverständniserklärung (Formblatt) zur Einholung der Patientenzahlen bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung, über die Höhe der abgerechneten Positionen/zahnärztlichen chirurgischen Kernleistungen in % für den genannten Zeitraum liegt bei:

ja

nein

ggf. anliegende Einverständniserklärung als Anlage IV dem Antrag beifügen

Im Falle von Nein:

Eine Bestätigung seitens der Kassenzahnärztlichen Vereinigung über die Höhe der abgerechneten Positionen/zahnärztlichen chirurgischen Kernleistungen in % (letzten 12 Monate vor Antragstellung) wird innerhalb 1 Woche nach Antragstellung nachgereicht.

- 8a. Bei **Niederlassung in einer Berufsausübungsgemeinschaft** (BAG/ÜBAG) nach der Zulassungsverordnung für Zahnärzte der KZV (Zahnärzte-ZV) **oder als Privatpraxis:**

Ergänzend zu Ziffer 6. und 7. des Antrages müssen Antragsteller, die in einer BAG/ Privatpraxis tätig sind, den prozentualen Anteil ihrer oralchirurgischen Tätigkeit zu ihrer gesamten zahnärztlichen Tätigkeit gegenüber der ZÄK Berlin durch Vorlage geeigneter Unterlagen nachweisen. Dies kann z. B. eine entsprechende Auswertung mittels Softwareprogramm sein. Entsprechende GOZ-Positionen können analog angegeben werden.

Entsprechende GOZ-Positionen können analog angegeben werden.

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

- siehe Formblatt – Nachweis/e bitte als **Anlage V** beifügen

10. 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 VI** dem Antrag beifügen.

11. 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 € 785,- fällig.

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

Anlage zum Antrag auf Berechtigung zur Weiterbildung/Anerkennung als Weiterbildungsstätte auf dem Gebiet der Oralchirurgie
Niedergelassener Zahnarzt/Facharzt in eigener Praxis
Neuantrag

Der **vollständige** Antrag ist in **vierfacher** Ausfertigung einzureichen.

Ausnahmen: - Einverständniserklärung KZV – Ziffer 8. – in zweifacher Ausfertigung
- Fortbildungsnachweise zu Ziffer 9. – in zweifacher Ausfertigung
- Protokoll zur Praxisbegehung – Ziffer 10. – in einfacher Ausfertigung

zu Ziffer 2. Anerkennungsurkunde(n)
zu Ziffer 3. Tätigkeitsnachweis(e)
zu Ziffer 7. Formblatt OP-Katalog
zu Ziffer 8. Formblatt Einverständniserklärung/Behandlungszahlen KZV
zu Ziffer 8a. prozentuale Aufstellung
zu Ziffer 9. Formblatt Aufstellung über Fortbildungsveranstaltungen
 zzgl. der Nachweise in Fotokopie
zu Ziffer 10. Formblatt Protokoll zur Praxisbegehung

Operationskatalog

Anlage zum Antrag auf Weiterbildungsberechtigung/Anerkennung als Weiterbildungsstätte

Zeitraum vombis.....
(gem. § 13 (1) Ziffer 3 der WBO, die letzten zwölf Monate vor Antragstellung)

Name: _____

geb.: _____

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, Retentionscysten) _____

Präprothetisch-chirurgische Eingriffe:

Alveolarkammplastik, Abtragung von Tori mandibulares et palatini, Vestibulum-
plastiken, Schlotterkammernentfernung, 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 _____

Antragsteller

.....

Datum, Unterschrift **und** Stempel

Einverständniserklärung
**zur Einholung der Höhe der abgerechneten Positionen/
zahnärztlichen chirurgischen Kernleistungen in %
der letzten 12 Monate vor Antragstellung
bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Berlin**

Hiermit erkläre ich gegenüber der Zahnärztekammer Berlin mein Einverständnis zur Einholung der Höhe der abgerechneten Positionen/zahnärztlichen chirurgischen Kernleistungen in % der letzten 12 Monate bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Berlin.

Praxisinhaber/-anschrift

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

(Ort, Datum, Unterschrift)

(Praxisstempel)

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

Protokoll zur Praxisbegehung

am, in der Zeit von bis

1. Antragsteller:
 (Name/Adresse)

Tel:

E-mail:

web:

2. Räume:

(vorhanden X / nicht vorhanden bitte streichen / Anzahl)

	2018					
Rezeption						
Wartebereich						
Untersuchungsräume/ Behandlungsräume						
Operationsräume						
Behandlungstühle						
OP-Schleuse						
Sterilisationsraum						
Büro (Arbeitsplätze)						
Röntgenraum						
Entwicklungsraum						
Aufwachraum (Liegeplätze)						
Sozialraum						
Umkleideraum Mitarbeiter						
Mitarbeitertoilette						
Patiententoilette (ggf. behindertengerecht)						
Abstellraum						
Computerarbeitsplätze						

3. Technische Ausstattung:

- EDV - Abrechnungssystem
- Narkosegerät:
- Röntgengeräte:
 - EB
 - OPG/FRS
 - Druckertyp
- Sterilisation:
 - Firma.....
 - Typ
 - Art
- Laser
- Elektrochirurgische Geräte

4. Mitarbeiter:

	2018					
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.

.....
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:

Dem Antrag auf Weiterbildungsberechtigung/Anerkennung als Weiterbildungsstätte, für die Anerkennung einer Weiterbildungszeit von bis zu zwei Jahren gem. § 13 (3) WBO, sollte entsprochen werden.

Ja

Nein

Ggf. Begründung:

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