

**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 -**  
**Anerkennung einer anrechenbaren Weiterbildungszeit von bis zu drei Jahren**  
**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 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 Kopie/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**

Seit dem \_\_\_\_\_ bis heute 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)

4. In meiner Praxis sind

\_\_\_\_\_ voll ausgestattete zahnärztliche Arbeitsplätze in  
\_\_\_\_\_ Behandlungsräumen vorhanden.

Als Angestellte stehen zur Verfügung:

\_\_\_\_\_ Zahnarthelfer/innen  
\_\_\_\_\_ Sekretär/innen  
\_\_\_\_\_ Auszubildende.

5. Ich bin in der als Weiterbildungsstätte beantragten Praxis mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von \_\_\_\_\_ Stunden anwesend.

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

Ambulant: \_\_\_\_\_

Stationär: \_\_\_\_\_.

**Anliegende Formblätter bitte als Anlage III und IV dem Antrag beifügen.**

7. Die Tätigkeit in einer Hochschuleinrichtung für Oralchirurgie, die eigene oder kooperierende stationäre Bereiche hat oder  
- die Tätigkeit in einer Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgischen stationären Hochschuleinrichtung  
oder  
- die Tätigkeit im Auftrag eines Krankenhauses eine stationäre Einrichtung zu betreiben, in welcher die aufgeführten Leistungen des OP-Kataloges regelmäßig erbracht werden wird wie folgt nachgewiesen:

\_\_\_\_\_

**Aktueller Nachweis der Einrichtung bitte als Anlage V 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.

Der **vollständige** Antrag ist in vierfacher Ausfertigung bei der Zahnärztekammer bis zum Meldeschluss einzureichen.

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

Berechtigung zur Weiterbildung/Anerkennung als Weiterbildungsstätte  
Niedergelassener Fachzahnarzt/Facharzt in eigener Praxis – Anerkennung einer anrechenbaren von bis zu drei Jahren

- zu Ziffer 2. Anerkennungsurkunde(n)
- zu Ziffer 3. Tätigkeitsnachweis(e)
- zu Ziffer 6. OP-Katalog/Formblätter 2
- zu Ziffer 7. Aktuelle/r Nachweis(e) der Einrichtung zur Anbindung
- zu Ziffer 8. Formblatt Einverständniserklärung/Behandlungszahlen KZV/KV
- zu Ziffer 8a. prozentuale Aufstellung
- zu Ziffer 9. Formblatt Aufstellung über die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen  
zzgl. Fotokopien der Nachweise
- zu Ziffer 10. Formblatt Protokoll zur Praxisbegehung

**Operationskatalog**

Anlage zum Antrag auf Weiterbildungsberechtigung/Anerkennung als Weiterbildungsstätte

**Zeitraum vom .....** **bis.....**  
 (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, Vestibulumplastiken,  
Schlotterkammernentfernung, chron.-entzündliche Gewebshyperplasien, Bänderoperationen,  
(Lippen- und Wangenbänder, Ankyloglossum) \_\_\_\_\_

Intraorale Abszeßincisionen \_\_\_\_\_

Extraorale Abszeßincisionen \_\_\_\_\_

Cystektomien \_\_\_\_\_

Cystostomien \_\_\_\_\_

Plastischer Verschuß von Mund-Antrum-Verbindungen \_\_\_\_\_

Parodontalchirurgische Eingriffe \_\_\_\_\_

Kieferbruchschiennungen \_\_\_\_\_

Operative Kieferbruchbehandlung \_\_\_\_\_

Freilegung von retinierten Zähnen einschl. Anschlingung \_\_\_\_\_

Reimplantationen \_\_\_\_\_

Implantationen (Fremdimplantate, transdentale Fixation) \_\_\_\_\_

Narkose-Assistenz (Intubation) \_\_\_\_\_

Übriges \_\_\_\_\_

Antragsteller

.....  
Datum, Unterschrift **und** Stempel

### Operationskatalog

Anlage zum Antrag auf Weiterbildungsberechtigung/Anerkennung als Weiterbildungsstätte

Berechtigung einer anrechenbaren Weiterbildungszeit von bis zu drei Jahren

Zusätzlich zu den in §13 Abs.1 WBO festgelegten Kriterien für eine zweijährige Berechtigung sind für eine dreijährige Berechtigung einer Praxis/Krankenhausabteilung/ andere Einrichtung folgende Voraussetzungen festgelegt:

1. Der antragstellende Zahnarzt/MKG-Chirurg muss in einer Hochschuleinrichtung für Oralchirurgie tätig sein die eigene oder kooperierende stationäre Bereiche hat oder
2. der antragstellende Zahnarzt/MKG-Chirurg muss in einer Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgischen stationären Hochschuleinrichtung tätig sein oder
3. der antragstellende Zahnarzt/MKG-Chirurg muss selbst oder im Auftrag eines Krankenhauses eine stationäre Einrichtung betreiben, in welcher die nachstehend aufgeführten Leistungen des OP-Kataloges regelmäßig erbracht werden

1. Traumatologie, speziell operative Versorgung von Frakturen im Bereich der Zahn-, Mund- Kieferheilkunde
2. Tumorchirurgie
3. Behandlung von Speicheldrüsenerkrankungen
4. Kieferorthopädische Chirurgie
5. Präimplantologische Transplantationschirurgie.

Hiermit versichere ich, die v. g. Leistungen des OP-Kataloges regelmäßig zu erbringen und somit die Vorgaben für die Anrechnung einer dreijährigen Weiterbildungszeit zu gewährleisten.

Praxisinhaber/-anschrift

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

.....  
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 Begehung

am ....., in der Zeit von ..... bis .....

---

**1. Antragsteller:**

Name:

Adresse:

Tel .....

E-mail: .....

web: .....

**2. Räume:**

(vorhanden X / nicht vorhanden bitte streichen / Anzahl)

	2017					
Rezeption						
Wartebereich						
Untersuchungsräume/ Behandlungsräume						
Operationsräume						
Behandlungstühle						
OP-Schleuse						
Sterilisationsraum						
Büro (Arbeitsplätze)						
Röntgenraum						
Entwicklungsraum						
Aufwachraum (Liegeplätze)						
Sozialraum						
Umkleieraum 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:**

	2017					
Zahnärztliche Assistenten						
ZFA						
ZMP						
ZMV						
Mitarbeiter Rezeption						
Auszubildende						
Reinigungspersonal						

**5. Fachliteratur:**

Aufstellung der in Ihrer Praxis/Abteilung 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/Abteilung:

Im Rahmen der Begehung 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 drei 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