



Zahnärztekammer Berlin
Stallstr. 1
10585 Berlin

Anzeige über (zutreffendes bitte ankreuzen)

das Ausweisen von personengebundenen Tätigkeitsschwerpunkten (gem. § 18 i. V. m. Anlage 1 und 2 der Berufsordnung (BO) der Zahnärztekammer Berlin)

besondere Behandlungsmaßnahmen/Patienteninformationen (siehe Seite 2)

1. Tätigkeitsschwerpunkt¹:
Tätig in diesem Fachbereich seit (Monat/Jahr)²:
Angaben zu qualifizierenden Maßnahmen³:
.....
.....

2. Tätigkeitsschwerpunkt:
Tätig in diesem Fachbereich seit (Monat/Jahr):
Angaben zu qualifizierenden Maßnahmen:
.....
.....

3. Tätigkeitsschwerpunkt:
Tätig in diesem Fachbereich seit (Monat/Jahr):
Angaben zu qualifizierenden Maßnahmen:
.....
.....

Besondere Behandlungsmaßnahmen/Patienteninformationen

(Zutreffendes bitte auswählen)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Adhäsivbrücken | <input type="checkbox"/> Ästhetische Zahnheilkunde |
| <input type="checkbox"/> Akupunktur | <input type="checkbox"/> Behandlung in Alten- und Pflegeheimen |
| <input type="checkbox"/> Behandlung von Angstpatienten | <input type="checkbox"/> Bleaching |
| <input type="checkbox"/> Computergestützte Zahnrestauration | <input type="checkbox"/> Digitales Röntgen |
| <input type="checkbox"/> Durchführung von Hausbesuchen | <input type="checkbox"/> Endodontologie |
| <input type="checkbox"/> Funktionstherapie | <input type="checkbox"/> Gebärdensprache |
| <input type="checkbox"/> Homöopathie | <input type="checkbox"/> Implantologie |
| <input type="checkbox"/> Individualprophylaxe | <input type="checkbox"/> Keramikinlays |
| <input type="checkbox"/> Kinderzahnheilkunde | <input type="checkbox"/> Laserbehandlung |
| <input type="checkbox"/> Parodontologie | <input type="checkbox"/> Prothetik |
| <input type="checkbox"/> Psychosomatik | <input type="checkbox"/> Schnarchtherapie |
| <input type="checkbox"/> Veneers | <input type="checkbox"/> Vollnarkose |
| <input type="checkbox"/> Zahnärztliche Hypnose | |
| <input type="checkbox"/> Zahnärztliche Behandlung von infektionserkrankten Patienten (z. B. HIV, Hepatitis) | |
| <input type="checkbox"/> Fremdsprachenkenntnisse:..... | |
| | |
| | |
| | |

Mir ist bekannt, dass

- die Angaben der Tätigkeitsschwerpunkte/Besonderen Behandlungsmaßnahmen/Patienteninformationen auf reiner Selbsteinschätzung beruhen und dass **durch die Zahnärztekammer lediglich eine Registrierung, keine Prüfung**, erfolgt und somit der Wahrheitsgehalt meiner Angaben ausschließlich in meinem Verantwortungsbereich liegt und
- sich die Zahnärztekammer nur bei unvollständigen/fehlerhaften Anzeigen mit dem Absender in Verbindung setzt.

Mit meiner Unterschrift versichere ich, dass die **von mir gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen**. Ich bin mit der kostenlosen Einstellung meiner Tätigkeitsschwerpunkte und meiner sonstigen berufsbezogenen Daten in (internetbasierte) Zahnarztsuchdienste einverstanden.

Berlin, _____
(Datum)

(Unterschrift)