

**Antrag auf Anerkennung
als
Fachzahnärztin/Fachzahnarzt für Oralchirurgie bzw.
Oralchirurgin/Oralchirurg**

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Telefon: _____

Anschrift: _____

Ich beantrage die Anerkennung als Fachzahnärztin/Fachzahnarzt für Oralchirurgie bzw. Oralchirurgin/Oralchirurg 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** nach dem Berufsabschluss/Erlaubnis zur selbständigen Ausübung der Zahnheilkunde
Arbeitszeugnis (se) bitte beifügen = Anlage II

a) von _____ bis _____ bei _____

b) von _____ bis _____ bei _____

6. **Weiterbildung als angemeldeter Weiterbildungsassistent**
Ausführliche Arbeitszeugnis(se) über die aufgeführten Weiterbildungszeiten (§ 4 (2) WBO) nebst Weiterbildungsinhalten bitte beifügen = Anlage III

a) von _____ bis _____ bei _____

b) von _____ bis _____ bei _____

c) von _____ bis _____ bei _____

Bei Weiterbildungsstätten außerhalb des Kammerbereiches Berlin mit Bestätigung der jeweils zuständigen Behörde/Zahnärztekammer, dass die angegebene Stätte zur Weiterbildung auf dem Gebiet befugt ist/war = Anlage IIIA

7. **Die Zahl der von mir persönlich durchgeführten operativen Eingriffe während der Weiterbildungszeit (gem. Anlage Operationskatalog) beträgt:**

Ambulant: _____

Stationär: _____

Anliegendes Formblatt "Operationskatalog" bitte beifügen = Anlage IV

8. **Unterbrechungszeiten**

Bemerkungen: _____

a) Beginn: _____ Ende: _____ = _____ Wochen Grund: _____

b) Beginn: _____ Ende: _____ = _____ Wochen Grund: _____

c) Beginn: _____ Ende: _____ = _____ Wochen Grund: _____

9. **Aufstellung über die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen und Kongressen sowie eigener Veröffentlichungen und Vorträge während der Weiterbildungszeit nebst Nachweisen** siehe Formblatt – Nachweis(e) bitte beifügen = Anlage V

10. **Teilnahme an einem Kurs für Notfallmedizin mit praktischen Übungen gemäß Anhang 3, Ziffer 16 WBO**
Nachweis bitte beifügen = Anlage VI

Ja Nein

11. **Wurde bereits ein Antrag auf Anerkennung der Gebietsbezeichnung "Oralchirurgie" außerhalb des Landes Berlin, des Zuständigkeitsbereiches der Zahnärztekammer Berlin, gestellt?**

Ja Nein

Im Falle von Ja:

Bitte eine Kopie des Prüfungsbescheides/Prüfungsprotokoll dem Antrag beifügen = Anlage VII

12. **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 VIII

13. **Erklärung**

Zu meinem Antrag erkläre ich, dass

1. von mir bei keiner anderen Zahnärztekammer in der Bundesrepublik Deutschland ein Antrag auf Approbation/Antrag zur Feststellung der Gleichwertigkeit des Ausbildungsstandes einer zahnärztlichen Ausbildung (Sachverständigenkommission) anhängig ist oder war,
 2. von mir bei keiner anderen Zahnärztekammer in der Bundesrepublik Deutschland ein Antrag auf Anerkennung der Gebietsbezeichnung Oralchirurgie (ggf. auch im Widerspruchsverfahren oder vor der Verwaltungsgerichtsbarkeit) anhängig ist oder war,
 3. in keinem Fall/in folgenden Fällen ein Antrag auf Gebietsbezeichnung von mir zurückgezogen/zurückgegeben/abgewiesen worden ist
-

14. **Information**

Die **Weiterbildungsordnung** der **Zahnärztekammer Berlin** nebst Prüfungsordnung ist mir bekannt.

Kollegiales Fachgespräch:

Die Zahnärztekammer Berlin entscheidet über die Anerkennung der Gebietsbezeichnung auf Grund einer Überprüfung des Weiterbildungserfolges mittels kollegialem Fachgespräch. Die Überprüfung wird von einem Weiterbildungs-/Prüfungsausschuss der Zahnärztekammer Berlin vorgenommen.

15. Antragsabgabe

Der **vollständige** Antrag wird in **vierfacher** Ausfertigung (inkl. Anlagen) überreicht.

Anlagen - Ausnahme:

- Fortbildungsnachweise zu Ziffer 9. - in zweifacher Ausfertigung
- Einzugsermächtigung zu Ziffer 12. – in einfacher Ausfertigung

Nicht in deutscher Sprache verfasste Zeugnisse/Nachweise werden mit beglaubigter Übersetzung eines vereidigten Übersetzers eingereicht.

Alle einzureichenden Unterlagen liegen im Original bei Antragstellung vor und wurden nach gemeinsamer Durchsicht zurückgegeben. Weiterbildungszeugniss(e) und Fallzahlen verbleiben im Original in der Prüfungsakte und werden nicht zurückgegeben.

Ich versichere die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Ort/Datum

Unterschrift

Dem Antrag sind folgende Anlagen beizufügen:

zu Ziffer 3.	Anlage I	Kopie Approbation/Berufserlaubnis
zu Ziffer 5.	Anlage II	Ausführliche Zeugnisse/Nachweise über die allgemein-zahnärztliche Tätigkeit vor dem Beginn der Weiterbildung (gem. § 2 Absatz 4 WBO)
zu Ziffer 6.	Anlage III	Ausführliche Zeugnisse über die aufgeführten Weiterbildungszeiten (gem. § 4 Absatz 2 WBO)
	Anlage IIIA	Bei Weiterbildungsstätten außerhalb des Kammerbereiches Berlin mit Bestätigung der jeweils zuständigen Behörde/Zahnärztekammer, dass die angegebene Stätte zur Weiterbildung auf dem Gebiet befugt ist/war
zu Ziffer 7.	Anlage IV	Formblatt "Operationskatalog" mit Bestätigung der/des zur Weiterbildung Berechtigten
zu Ziffer 9.	Anlage V	Formblatt <u>Aufstellung</u> über die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen <u>zzgl. Fotokopien</u> der Nachweise
zu Ziffer 10.	Anlage VI	Kopie Nachweis
zu Ziffer 11.	Anlage VII	ggf. Kopie Bescheid
zu Ziffer 12.	Anlage VIII	Formblatt Einzugsermächtigung

Operationskatalog

Name: _____ geb.: _____

für die Zeit vom _____ bis _____

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, Retentionszysten) _____

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 Verschluss von Mund-Antrum-Verbindungen _____

Parodontalchirurgische Eingriffe _____

Kieferbruchschinungen _____

Operative Kieferbruchbehandlung _____

Freilegung von retinierten Zähnen einschl. Anschlingung _____

Reimplantationen _____

Implantationen (Fremdimplantate, transdentale Fixation) _____

Narkose-Assistenz (Intubation) _____

Übriges _____

Bestätigung/Unterschrift des zur Weiterbildung Berechtigten

.....
Datum, Unterschrift

.....
Stempel

Operationskatalog

Name: _____ geb.: _____

für die Zeit vom _____ bis _____

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, Retentionszysten) _____

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 _____

Kieferbruchschienungen _____

Operative Kieferbruchbehandlung _____

Freilegung von retinierten Zähnen einschl. Anschlingung _____

Reimplantationen _____

Implantationen (Fremdimplantate, transdentale Fixation) _____

Narkose-Assistenz (Intubation) _____

Übriges _____

Bestätigung/Unterschrift des zur Weiterbildung Berechtigten

.....
Datum, Unterschrift

.....
Stempel

