



ANTRAG

auf Zulassung zum Fachgespräch und Anerkennung der Gebietsbezeichnung
„*Fachzahnärztin für Kieferorthopädie*“ bzw. „*Fachzahnarzt für Kieferorthopädie*“
gem. § 14 Abs. 1 und 2, § 15 Abs. 1 und § 20 der Weiterbildungsordnung der

LANDESZAHNÄRZTEKAMMER BADEN-WÜRTTEMBERG
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Albstadtweg 9, 70567 Stuttgart

KIEFERORTHOPÄDIE

Angaben zur Person:

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ Ort:

tagsüber erreichbar unter der Telefon-Nr.:

Geburtsdatum/Geburtsort:

Staatsangehörigkeit:

Staatsexamen am:

Approbation am:

ausstellende Behörde:

Erlaubnis nach § 13 Zahnheilkundengesetz
von bis

ausstellende Behörde:

Promotion am:

an der Universität:



Berufsausübung vor Beginn der Weiterbildung:

vom bis bei

vom bis bei

vom bis bei

Weiterbildungszeiten als Weiterbildungsassistent:

	vom	bis	= Monate	in der Weiterbildungsstätte
allgemein-zahnärztliches Jahr:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
fachspezifische Weiterbildung gem. § 22 Abs.1 (Klinikjahr) bzw. einjährige Weiterbildung in einer Praxis gem. § 21 Abs. 4 WBO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
fachspezifische Weiterbildung in einer Praxis gem. § 21 Abs. 1 WBO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Anzahl der selbst behandelten Patienten:

	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Anzahl der selbst behandelten Patienten	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
davon mit festsitzenden Behandlungsgeräten	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %
davon mit herausnehmbaren Behandlungsgeräten	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %

Ein- oder mehrtägige Fortbildungskurse während der Weiterbildungszeit sind auf der beiliegenden Anlage anzugeben.



Unterbrechungszeiten:

von	bis	= Wochen	Grund	in dieser Zeit Tätigkeit bei
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Zu meinem Antrag erkläre ich, dass von mir bei keiner anderen Zahnärztekammer in Deutschland ein Antrag auf Anerkennung zur Führung der beantragten Gebietsbezeichnung – auch nicht im Widerspruchsverfahren oder vor einer Verwaltungsgerichtsbarkeit – anhängig war oder ist und kein Antrag zur Führung dieser Gebietsbezeichnung von mir zurückgezogen, zurückgegeben oder abgewiesen wurde.

Ort, Datum

Unterschrift

Dem Antrag beizufügen sind:

1. Approbation oder Erlaubnis nach § 13 Zahnheilkundengesetz in beglaubigter Fotokopie
2. Qualifizierte Zeugnisse über die fachspezifischen Weiterbildungszeiten und das allgemein-zahnärztliche Jahr im Original
3. Schriftliche Zustimmung zur Weiterbildung durch die Landes Zahnärztekammer
4. Lebenslauf
5. ggf. Promotionsurkunde in Kopie



Anlage 1

zum Antrag auf Zulassung zum Fachgespräch und Anerkennung der Fachgebietsbezeichnung „Kieferorthopädie“:

Aufstellung der besuchten Fortbildungskurse während der Weiterbildung:

Kurs:	Datum:	Referent:	Ort:
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>