



## ANTRAG

auf Zulassung zum Fachgespräch und Anerkennung der Gebietsbezeichnung  
„*Fachzahnärztin für Oralchirurgie*“ bzw. „*Fachzahnarzt für Oralchirurgie*“  
gem. § 14 Abs. 1 und 2, § 15 Abs. 1 und § 23 der Weiterbildungsordnung der

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

### ORALCHIRURGIE

#### Angaben zur Person:

Name:

Vorname:

Straße:

PLZ Ort:

tagsüber erreichbar unter der Telefon-Nr.:

Geburtsdatum/Geburtsort:

Staatsangehörigkeit:

zahnärztliche Approbation am:

ausstellende Behörde:

zahnärztliche Promotion am:

an der Universität:

ärztliche Approbation am:

ausstellende Behörde:

ärztliche 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
<b>allgemein-zahnärztliches Jahr:</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>fachspezifische Weiterbildung gem. § 25 Abs.1 (Klinikjahr) bzw. einjährige Weiterbildung in einer Praxis gem. § 24 Abs. 3 WBO</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>fachspezifische Weiterbildung in einer Praxis gem. § 24 Abs. 4 WBO</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Besuchte mehrtägige 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"/>



**Unterbrechungszeiten:**

von	bis	= Wochen	Grund	in dieser Zeit Tätigkeit bei
<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. Approbationen in beglaubigter Kopie, ggf. Promotionsurkunde(n) in Kopie
2. Anerkennungsurkunde der Gebietsbezeichnung „Facharzt/Fachärztin für Mund-Kiefer-Gesichts-chirurgie“ in beglaubigter Kopie
3. Qualifizierte Zeugnisse über die fachspezifische Weiterbildungszeit und über das allgemein-zahn-ärztliche Jahr im Original oder beglaubigter Kopie
4. OP-Katalog
5. Tätigkeitsnachweis der Leistungen im allgemein-zahnärztlichen Jahr
6. Lebenslauf
7. ggf. tabellarische Aufstellung der Fortbildungen