

## A N T R A G

**auf Zulassung zum Fachgespräch für „Fachärzte für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie“ und Anerkennung der Gebietsbezeichnung „Fachzahnärztin für Oralchirurgie“ bzw. „Fachzahnarzt für Oralchirurgie“ (§ 23 Weiterbildungsordnung)**

### Angaben zur Person:

Name:

Straße:

tagsüber erreichbar unter der Telefonnummer:

Geburtsdatum/Geburtsort:

zahnärztliche Approbation am:

zahnärztliche Promotion am:

ärztliche Approbation am:

ärztliche Promotion am:

Vorname:

PLZ Ort:

Staatsangehörigkeit:

ausstellende Behörde:

an der Universität:

ausstellende Behörde:

an der Universität:

**Weiterbildungszeiten als Weiterbildungsassistent:**

| von                  | bis                  | in der Weiterbildungsstätte |
|----------------------|----------------------|-----------------------------|
| <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"/>        |

**Besuchte Fortbildungskurse zahnärztliche Chirurgie:**

| 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"/> |



Zu meinem Antrag erkläre ich, dass von mir bei keiner anderen Zahnärztekammer in Deutschland ein Antrag auf Anerkennung zur Führung der beantragten Fachgebietsbezeichnung – 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.

Zu dem ist mir bekannt, dass die Voraussetzungen zur Anerkennung der Fachgebietsbezeichnung auf Grundlage der Weiterbildungsordnung der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg geprüft werden.

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift

**Dem Antrag beizufügen sind:**

1. Approbationen in beglaubigter Fotokopie, ggf. Promotionsurkunde(n) in Kopie
2. Anerkennungsurkunde der Gebietsbezeichnung „Fachärztin/Facharzt für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie“ in beglaubigter Fotokopie
3. Qualifizierte Zeugnisse über Ihrer Weiterbildungszeit auf dem Gebiet der Mund-, Kiefer und Gesichtschirurgie und des allgemein-zahnärztlichen Jahres in Kopie
4. OP-Katalog
5. Lebenslauf
6. ggf. tabellarische Aufstellung der Fortbildungen zahnärztliche Chirurgie

Den Antrag und die Unterlagen senden Sie bitte an:

Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg  
Abt. Weiterbildung  
Albstadtweg 9,  
70567 Stuttgart