



## A N T R A G

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:

Staatsexamen am:

Approbation am:

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. § 25 Abs.1 (Klinikjahr) bzw. einjährige Weiterbildung in einer Praxis gem. § 24 Abs. 3 WBO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
fachspezifische Weiterbildung in einer Praxis gem. § 24 Abs. 4 WBO	<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"/>	<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 in beglaubigter Fotokopie
2. Qualifizierte Zeugnisse über die fachspezifische Weiterbildungszeit und über das allgemein-zahnärztliche Jahr im Original
3. OP-Katalog
4. Tätigkeitsnachweis der Leistungen im allgemein-zahnärztlichen Jahr
5. Schriftliche Zustimmung zur Weiterbildung durch die Landes Zahnärztekammer
6. Lebenslauf
7. ggf. Promotionsurkunde in Kopie
8. ggf. ärztliche Approbation in Kopie
9. ggf. ärztliche Promotion in Kopie