



Vereinbarung zur Durchführung einer Famulatur nach

§ 15 Zahnärztliche Approbationsordnung

zwischen

- und -

Praxisstempel

Name der Praxis bzw. Klinik

**Name der Zahnärztin
bzw. des Zahnarztes**

**Name Inhaberin bzw. Inhaber
oder Leitung der Einrichtung**

Straße

Postleitzahl, Ort

Als approbierte/r, praktisch zahnärztlich tätige/r Zahnärztin bzw. Zahnarzt erkläre ich mich bereit, die nachfolgend genannte Studierende bzw. den nachfolgend genannten Studierenden

Name, Vorname: _____

im Rahmen der nach § 15 der Zahnärztlichen Approbationsordnung (ZAprO) geforderten Famulatur für die Dauer von _____ (bitte auswählen) als FamulantIn aufzunehmen.

Ich erkläre, dass ich die Rahmenbedingungen nach § 15 ZAprO anerkenne: Die Famulatur ist ganztägig abzuleisten. Sie dauert insgesamt vier Wochen. Die Famulatur ist mindestens zwei Wochen bei derselben Zahnärztin oder dem selben Zahnarzt abzuleisten, ohne dass die Studierenden bereits selbständig an den Patienten tätig werden. Die Famulatur darf nur unter der Aufsicht und Leitung einer Person durchgeführt werden, die die Approbation als Zahnärztin oder als Zahnarzt besitzt und selbst an Patienten praktisch zahnärztlich tätig ist. Nach Abschluss der Famulatur ist ein Zeugnis auszustellen, das die Anforderungen des §15 Abs. 4 ZAprO erfüllt.

Ich erkläre und versichere: Die Famulatur wird von mir persönlich geleitet. Sollte ich verhindert sein, ist die ständige Anwesenheit einer approbierten Zahnärztin bzw. eines approbierten Zahnarztes gewährleistet. Es ist sichergestellt, dass eine approbierte Zahnärztin bzw. ein approbierter Zahnarzt nicht mehr als eine Famulierende bzw. einen Famulierenden gleichzeitig betreut. Ich bin bestrebt die Ausbildung der bzw. des Famulierenden zu unterstützen und werde signifikante Zeit aufwenden, sie bzw. ihn mit praktischen Tätigkeiten und dem unmittelbaren Patientenkontakt vertraut zu machen. Eine eigenständige Tätigkeit an Patienten wird durch die Studierenden jedoch nicht stattfinden. Die Famulatur kann vor Ablauf der vereinbarten Dauer nur aus außerordentlichen Gründen beendet werden. Die Beschäftigung der Famulierenden in der Zahnarztpraxis wird meiner sowie der Berufshaftpflichtversicherung der Inhaberin bzw. des Inhabers oder der Leitung der Einrichtung angezeigt.

Ort, Datum

Unterschrift der Zahnärztin bzw. des Zahnarztes