



Praxisstempel:

--Rückantwort an die Universität--

Frau Franziska Lorenz
HeiCuDent Referat für Studium und Lehre
Poliklinik für Zahnerhaltungskunde
Mund-, Zahn- und Kieferklinik
Universitätsklinikum Heidelberg
Im Neuenheimer Feld 400
69120 Heidelberg

Vereinbarung zur Durchführung einer Famulatur nach § 15 Zahnärztliche Approbationsordnung

zwischen oben genannter Universität und

Name der Praxis _____

Name der Zahnärztin/des Zahnarztes _____

Name des Praxisinhabers/der
Praxisinhaberin _____

Straße _____

Postleitzahl, Ort _____

Ich erkläre hiermit, dass ich die Approbation als Zahnärztin/als Zahnarzt besitze und selbst an der Patientin/dem Patienten praktisch zahnärztlich in der oben genannten Einrichtung tätig bin.

Ich erkläre mich bereit, die folgend genannte Studierende / den folgend genannten Studenten

Name, Vorname: _____

im Rahmen der nach § 15 der Zahnärztlichen Approbationsordnung (ZApprO) geforderten Famulatur für die Dauer von 2 Wochen / 4 Wochen (*bitte nicht Zutreffendes streichen*) als Famulantin / Famulant aufzunehmen.

Ich erkläre, dass ich die Rahmenbedingungen nach § 15 ZApprO anerkenne:
Die Famulatur ist ganztätig abzuleisten. Sie dauert insgesamt vier Wochen.



Die Famulatur ist mindestens zwei Wochen bei demselben Zahnarzt oder bei derselben Zahnärztin abzuleisten, ohne dass die Studierenden bereits selbständig an dem Patienten oder an der Patientin tätig werden.

Die Famulatur darf nur unter der Aufsicht und Leitung einer Person in der Praxis durchgeführt werden, die die Approbation als Zahnarzt oder als Zahnärztin besitzt und selbst an dem Patienten oder an der Patientin praktisch zahnärztlich tätig ist. Nach Abschluss der Famulatur ist ein Zeugnis auszustellen, das die Anforderungen des §15 Abs. 4 ZApprO erfüllt.

Ich erkläre und versichere: Die Famulatur wird von mir persönlich geleitet. Sollte ich verhindert sein, ist die ständige Anwesenheit einer approbierten Zahnärztin/eines approbierten Zahnarztes in der Zahnarztpraxis gewährleistet.

Eine eigenständige Tätigkeit am Patienten wird durch die Studierenden nicht stattfinden. Die Famulatur kann vor Ablauf der vereinbarten Dauer nur aus außerordentlichen Gründen beendet werden. Die Beschäftigung der jeweiligen Famulanten in der Zahnarztpraxis wird meiner und der Berufshaftpflichtversicherung des Praxisinhabers/der Praxisinhaberin angezeigt. Das auf der Folgeseite angeführte Zeugnis fülle ich nach Abschluss der Famulatur aus.

Ort, Datum _____

(Unterschrift des Zahnarztes / der Zahnärztin)

Ich habe die Vereinbarung zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum _____

(Unterschrift des Studierenden)

Anerkennung der Famulatur durch die Universität:

Die vorgenannte Zahnärztin/ der vorgenannte Zahnarzt wird aufgrund der erfolgten Erklärung zur Durchführung der Famulatur entsprechend § 15 Abs. 2 ZApprO für persönlich und fachlich als geeignet angesehen. Die in der Zahnarztpraxis abgeleistete Famulatur entspricht den Vorgaben des § 15 ZApprO. Die Famulatur wird anerkannt.

Ort, Datum _____

(Unterschrift/Stempel Studiendekanat Zahnmedizin)

Praxisstempel:

Zeugnis

über eine Famulatur entsprechend § 15 Absatz 2 Satz 3 der Zahnärztlichen
Approbationsordnung

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

hat nach bestandenem Ersten Abschnitt der Zahnärztlichen Prüfung
vom _____ bis zum _____ regelmäßig unter meiner Aufsicht und Leitung die
Famulatur absolviert.

Während dieser Zeit ist der/die Studierende in der _____
(Bezeichnung der Einrichtung)

vorzugsweise mit Tätigkeiten auf dem Gebiet _____
beschäftigt worden.

Die Ausbildung ist unterbrochen worden: Ja ____ von _____ bis _____
Nein ____

Ort, Datum _____

(Unterschrift der Zahnärztin/des Zahnarztes)