



Praxisstempel:

--Rückantwort an die Universität--  
Eberhard Karls Universität Tübingen  
Geschwister-Scholl-Platz  
72074 Tübingen

### 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)