Mitglieds-Nummer:

	Antrag zur Führung eines Tätigkeitsschwerpunktes nach § 22 der Berufsordnung der LZK Rheinland-Pfalz	LZK

Erklärung

Hiermit versichere ich, dass alle Angaben zum Antrag für den

Tätigkeitsschwerpunkt

Implantologie

wahrheitsgemäß sind und den tatsächlichen Gegebenheiten entsprechen. Alle angegebenen therapeutischen Maßnahmen habe ich selbst durchgeführt.

_____

Titel, Name, Vorname (bitte in Druckbuchstaben)

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift

Praxisstempel:

Mitglieds-Nummer:

Kriterien für den Tätigkeitsschwerpunkt „Implantologie“

- Mindestens drei Jahre eigene chirurgische Erfahrungen in der Implantologie
- Nachweis einer strukturierten Fortbildung, idealerweise in Form eines Curriculums
- Kontinuierliche Fortbildung im Ankündigungsgebiet, mindestens 120 Fortbildungspunkte (bzw. 60 Fortbildungspunkte im Falle eines Folgeantrages) in den letzten fünf Jahren vor Antragsstellung
- Innerhalb der letzten zwei Jahre vor Antragstellung mindestens 150 selbst gesetzte Implantate in allen Indikationsbereichen inklusive Augmentationstechniken
- Erfahrung in Implantatprothetik
- Kenntnisse und Erfahrungen mit mindestens zwei verschiedenen Implantatsystemen
- Wissenschaftliche Anbindung durch Mitgliedschaft in Fachgesellschaften
- Fundierte Kenntnisse der Literatur im Ankündigungsgebiet

Wir bitten Sie um folgende Angaben:

In der Praxis angewandte Systeme: 1. ……..…

2. …….

3. …….

Seit wann sind Sie selbst implantologisch tätig? .....

Selbst durchgeführte Implantationen in den letzten beiden Kalenderjahren: (insgesamt ……. Implantate)

davon:

- unbezahnter UK / OK …….. Implantate
- Einzelzahn OK / UK …….. Implantate
- Freiendlücke OK / UK …….. Implantate
- Pfeilervermehrung …….. Implantate
- Augmentationen: ……..
- Sinuslift offen ……..
- Sinuslift geschlossen ……..

☐ Ich versorge alle Fälle prothetisch.
☐ Ich versorge ca. ……. % der implantierten Fälle auch prothetisch.
☐ Ich führe die prothetische Versorgung nicht selbst durch.

Die implantologische Tätigkeit (chirurgisch) entspricht mindestens 30 % meiner eigenen zahnärztlichen Tätigkeit:

☐ Ja ☐ Nein

Mitgliedschaft in folgenden Fachgesellschaften:

Bezug folgender Fachzeitschriften:

Mitglieds-Nummer:

Angaben über Fortbildungen (durch Bescheinigungen belegbar)**:**

Thema	Veranstalter	Datum	F.-Punkte