

Mitglieds-Nummer:

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



Erklärung

Hiermit versichere ich, dass alle Angaben zum Antrag für den

Tätigkeitsschwerpunkt

Kinder- und Jugendzahnheilkunde

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:

Kriterien für den Tätigkeitsschwerpunkt „Kinder- und Jugendzahnheilkunde“

- Nachweis einer strukturierten Fortbildung, idealerweise in Form eines Curriculums
- Mindestens drei Jahre eigene Erfahrungen im Ankündigungsbereich
- Innerhalb der letzten zwei Jahre vor Antragstellung mindestens 200 durchgeführte Behandlungsfälle
- Fundierte Kenntnisse der Literatur im Ankündigungsgebiet
- Wissenschaftliche Anbindung durch Mitgliedschaft in Fachgesellschaften
- Kontinuierliche Fortbildung im Ankündigungsgebiet, mindestens 120 Fortbildungspunkte (bzw. 60 Fortbildungspunkte im Falle eines Folgeantrages) in den letzten fünf Jahren vor Antragsstellung

Apparative Ausstattung

- Kindgerechte Einrichtung eines Behandlungszimmers
- Spezielle Informationsmedien für Kinder

Seit wann sind Sie im Ankündigungsbereich „Kinder- und Jugendzahnheilkunde“ tätig?

Arbeiten Sie mit anderen Praxen im Sinne einer fachübergreifenden Kooperation zusammen?

O Ja O Nein

Behandlungsfälle¹:

- Konservierende Maßnahmen bei Strukturanomalien (z.B. Amelogenesis- / Dentinogenesis imperfecta)
- Endodontische Maßnahmen im Milch- und Wechselgebiss (Pulpotomie, Pulpektomie und Apexifikation)
- Prothetische Maßnahmen im Milchgebiss und/oder Wechselgebiss
- Prophylaktisch-kieferorthopädische Maßnahmen / KFO-Frühbehandlung (Lückenhalter /Mundvorhofplatte etc.)
- Individualprophylaktische Maßnahmen (Fissurenversiegelung, Fluoridierung etc.)
- Primär-Primär-Prophylaxe in der Schwangerschaft und Prophylaxe bei Kleinkindern
- Ernährungslenkung
- Therapien nach Trauma (Replantation, Schienung)
- Therapiemaßnahmen zur Vorbeugung sportbedingter Zahnverletzungen
- Kenntnisse über allgemein-medizinische Risiken und Grunderkrankungen von behinderten Kindern

O Ja O Nein

¹ Bitte jeweils die Zahlen der letzten beiden Kalenderjahre vor Antragstellung angeben

Mitglieds-Nummer:

- Behandlung von behinderten Patienten O Ja O Nein
- Anwendung von z.B. Hypnose u.ä. O Ja O Nein
- Kenntnisse in altersgerechter Kommunikation O Ja O Nein
- Kenntnisse über Indikation und Risiken der Behandlung unter Intubationsnarkose (ITN) sowie der Sedierung O Ja O Nein
- Behandlung in ITN und mit Sedierung O Ja O Nein
- Fundierte Kenntnisse der Entwicklungspsychologie und der Gebissentwicklung O Ja O Nein

Die Tätigkeit im Ankündigungsgebiet „Kinder- und Jugendzahnheilkunde“ entspricht mindestens 30 % meiner eigenen zahnärztlichen Tätigkeit:

O Ja O Nein

Ich bin Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Kinderzahnheilkunde

O Ja O Nein

Mitgliedschaft in weiteren folgenden Fachgesellschaften:

Bezug folgender Fachzeitschriften:

