



**Antrag auf Ermächtigung zur Weiterbildungsberechtigung
im Fachgebiet Oralchirurgie**

Angaben zur Person des Antragstellers

Anrede:

Titel:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Privatanschrift

Straße:

PLZ, Ort:

Telefon:

Mobil:

Praxisanschrift

Straße:

PLZ, Ort:

Telefon:

Fax:

E-Mail:



Praxisform

Einzelpraxis

Berufsausübungs-
gemeinschaft

Praxisge-
meinschaft

MVZ

Sonstiges:

Bitte Partner/Praxisinhaber bei Angestellten angeben:

Als Mitarbeiter/innen stehen zur Verfügung

ZFA

ZMF

ZMV

DH

Sonstige Mitarbeiter (bitte Tätigkeit erläutern):

Genehmigung zum Führen der Gebietsbezeichnung

- Die Anerkennung meiner Weiterbildung auf dem Gebiet der Oralchirurgie / MKG-Chirurgie
Erhielt ich am mit Wirkung vom durch die Zahnärztekammer/Ärztekammer
.....*

* Bitte Kopie der Anerkennungsurkunde beifügen

- Ich besitze derzeit die Ermächtigung zur Weiterbildung für
1 Jahr
2 Jahre
3 Jahre



Nach Anerkennung meiner Weiterbildung auf dem Gebiet der Oralchirurgie bzw. MKG-Chirurgie war ich an folgenden Kliniken, Instituten, Praxen tätig.

von: _____ bis: _____

in: _____ Leiter: _____

von: _____ bis: _____

in: _____ Leiter: _____

von: _____ bis: _____

in: _____ Leiter: _____

- Seit bis heute bin ich auf dem Gebiet der Oralchirurgie tätig.
ggf. Unterbrechung von: _____ bis: _____

1. Strukturelle Voraussetzungen

- a. In der Praxis sind Behandlungseinheiten in Behandlungsräumen im ständigen Gebrauch. (Mindestens 3 Behandlungseinheiten).
- b. Röntgeneinrichtungen
- | | | |
|---|----|------|
| - Interorale Aufnahmen und Teilaufnahmen | ja | nein |
| - Panoramaschichtaufnahmen | ja | nein |
| - DVT oder Zugang zu einer solchen Röntgeneinrichtung | ja | nein |
- c. Weitere technische und apparative Ausstattung
- | | | |
|--|----|------|
| - Ein Defibrillator wird bereitgehalten | ja | nein |
| - Gerät zum Monitoring /Pulsoxymetrie ist vorhanden | ja | nein |
| - Vergrößerungshilfen sind vorhanden | ja | nein |
| - Möglichkeit von Intubationsnarkosen und intravenösen Analgosedierungen | ja | nein |
| - Einrichtung/Nutzung eines ambulanten Eingriffsraumes | ja | nein |
- d. Bibliothek
Zugang zu aktueller Fachliteratur in gedruckter und elektronischer Form ist gewährleistet
- | | | |
|--|----|------|
| | ja | nein |
|--|----|------|
- e. Vollständig ausgestatteter Arbeitsplatz für den Weiterzubildenden
- | | | |
|--|----|------|
| | ja | nein |
|--|----|------|

2. Fachliche und persönliche Voraussetzungen

- a. In den **letzten beiden Jahren** vor Antragsstellung wurden von mir _____ operative Eingriffe pro Jahr (mindesten 1.500 pro Jahr) an Patienten durchgeführt. Dabei wurde das gesamte Spektrum der operativen Zahn,- Mund- und Kieferheilkunde abgebildet. **(Bitte fügen Sie dem Antrag die Anlage „Angaben zu den vom Antragssteller persönlich erbrachten Behandlungsmaßnahmen“ für die letzten beiden Jahre – jeweils gesondert ausgefüllt - bei.)**
- In der Praxis werden ggf. in Kooperation mit einer Klinik oder einer anderen stationären Einrichtung (klinischer Bezug) die gesamten theoretischen und praktischen Inhalte der fachspezifischen Weiterbildung vermittelt, die in der WBO in den Abschnitten D und E aufgeführt sind.
- | | | |
|--|----|------|
| | ja | nein |
|--|----|------|
- Das Behandlungsspektrum und -volumen ist in geeigneter Form nachzuweisen.**

Zudem ist diesem Antrag ein gegliedertes **Weiterbildungskonzept** beizufügen, aus dem sich Inhalte und Umfang der einzelnen Weiterbildungsjahre ergeben.

b. Fachspezifische Fortbildung

Hinweis: Das Fachgebiet muss vollständig abgebildet sein

- In den letzten drei Jahren habe ich an fachspezifischen Fortbildungen (mindestens 150 Fortbildungspunkte) teilgenommen Eine detaillierte Auflistung ist beigefügt:

ja nein

- Ich habe in den letzten drei Jahren folgende Kongresse einer anerkannten Fachgesellschaft besucht (mindestens 1 Kongress):

Eine von folgenden Voraussetzungen **muss** vorliegen:

- Ich war mindestens 2-mal innerhalb der letzten 2 Jahre im Rahmen folgender anerkannter wissenschaftlicher Veranstaltungen als Referent tätig:

ODER

- Ich habe innerhalb der letzten 5 Jahre folgende Fachartikel (mindestens ein Fachartikel) im Bereich Oralchirurgie in einem wissenschaftlich anerkannten Fachjournal publiziert:

c. Anwesenheit in der Praxis

Meine Arbeitszeit (in der Fachpraxis) beträgt Wochenstunden

Ich bin während der gesamten Praxiszeit in der Praxis ja nein*

*Bitte Begründung angeben

d. DVT Sach- und Fachkunde ist vorhanden ja nein
(Bitte entsprechenden Nachweis beifügen)

e. Fortbildungen des Weiterzubildenden

Ich verpflichte mich dem Weiterzubildenden die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen (oralchirurgischen Kompendium) sowie klinischen Unterweisungen oder Hospitationen aus den folgenden Fachbereichen:

- Allgemeinmedizin
- Hals-, Nasen-Ohrenheilkunde
- Unfallchirurgie
- Anästhesiologie und Notfallmedizin
- Dermatologie
- Innere Medizin und Onkologie
- Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

zu ermöglichen. ja nein

Hinweis: Die klinischen Unterweisungen oder Hospitationen sollen mindestens zwei Wochen betragen und zusammenhängend über einen Zeitraum von mindestens je einer Woche erfolgen.

f. Der Weiterzubildende kann mindestens 50 intravenöse Zugänge in der Weiterbildungsstätte legen ja nein

Der Weiterzubildende hat die Möglichkeit mindestens 50 Risikopatienten im Rahmen der Monitorkontrolle (Blutdruckkontrolle, Pulsoxymetrie) zu betreuen. ja nein

3. Sonstige Voraussetzungen

a. Die Zulassung eines Krankenhauses und einer dort eingerichteten und ausgeübten Fachrichtung als Weiterbildungsstätte setzt voraus, dass

- geeignete Patienten in so ausreichender Zahl und Art behandelt werden, dass der weiterzubildende Zahnarzt die Möglichkeit hat, sich mit der Erkennung und Behandlung der für das Gebiet typischen Zahn-, Mund- oder Kieferkrankheiten vertraut zu machen,
- Personal und Ausstattung vorhanden sind, die den Erfordernissen der Entwicklung der Zahnheilkunde Rechnung tragen, und
- regelmäßige Konsiliartätigkeit oder interdisziplinäre Zusammenarbeit besteht

- | | | |
|---|----|------|
| b. Versorgung in Allgemeinanästhesie
In der Praxis ist die Versorgung in Allgemeinanästhesie für
ambulant zu behandelnden Patienten durch eine Fachärztin
oder einen Facharzt für Anästhesie sichergestellt | ja | Nein |
| c. Ich habe jährlich einen Notfallkurs mit praktischen Übungen
absolviert.
(Bitte entsprechenden Nachweis beifügen) | ja | nein |

Beigefügte Unterlagen

Curriculum Vitae

Urkunden (Approbation, ggf. Promotion, Anerkennungsurkunde Fachzahnarzt bzw. MKG-
Chirurgie,

Auflistung der in den letzten drei Jahren absolvierten fachspezifischen Fortbildungen
(mindestens 150 Fortbildungspunkte)

Anlage „Angaben zu den Behandlungsmaßnahmen“ der letzten beiden Jahre

Gegliedertes Weiterbildungskonzept

DVT-Fachkundenachweis

Nachweis des jährlichen Notfallkurses

Verpflichtungs- und Einverständniserklärung

- Die Aufgaben der/des Weiterbildungsleiterin/leiters werde ich ausschließlich persönlich wahrnehmen und den Weiterzubildenden alle in der Weiterbildungsordnung vorgesehenen Kenntnisse und Fertigkeiten vermitteln.
- Ich verpflichte mich, den/die Weiterbildungsassistenten/assistentin für externe Weiterbildungsmaßnahmen von der Tätigkeit in der Praxis freizustellen.
- Ich bin damit einverstanden, dass die Landes Zahnärztekammer meine beruflichen Kontaktdaten an Interessierte für die Weiterbildung Oralchirurgie weitergibt, auf ihrer Homepage veröffentlicht und im Rahmen des Weiterbildungsregisters bekannt macht.

Ort, Datum

Unterschrift