



**Antrag auf Anerkennung
als kieferorthopädische Weiterbildungsstätte
nach der Weiterbildungsordnung
der Ärztekammer des Saarlandes - Abt. Zahnärzte**

Name: _____

Anschrift: _____

Zu meinem Antrag auf Anerkennung meiner Fachpraxis als kieferorthopädische Weiterbildungsstätte gebe ich folgende Erklärung ab:

1. Die Aufgaben des Weiterbildungsleiters werde ich selbst wahrnehmen.

2. Die Anerkennung als (Fach-) Zahnarzt für Kieferorthopädie erhielt ich

am _____

mit der Wirkung vom _____

durch die Zahnärztekammer _____.

3. Nach der Anerkennung als (Fach-)Zahnarzt für Kieferorthopädie war ich an folgenden Kliniken bzw. Fachpraxen tätig:

von _____ bis _____ bei _____
(Leiter, Anschrift)

von _____ bis _____ bei _____
(Leiter, Anschrift)

von _____ bis _____ bei _____
(Leiter, Anschrift)

Ärztekammer des Saarlandes - Abteilung Zahnärzte

Körperschaft des öffentlichen Rechts



4. Ab dem _____ bis heute bin ich in eigener Fachpraxis zu den üblichen Arbeitszeiten ununterbrochen und ausschließlich kieferorthopädisch tätig.

Aus den folgenden Gründen bin ich in meiner Fachpraxis nicht während der gesamten Arbeitszeit anwesend:

5. Ich bin zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassen

- ja
- nein

In meiner Fachpraxis sind

_____ voll ausgestattete kieferorthopädische Arbeitsplätze
(Anzahl)

in

_____ Behandlungsräumen vorhanden.
(Anzahl)

In meiner Fachpraxis sind:

- die für die Therapie mit festsitzenden Apparaturen erforderlichen Geräte und Einrichtungsgegenstände vorhanden
 - ja
 - nein

Ärztekammer des Saarlandes - Abteilung Zahnärzte

Körperschaft des öffentlichen Rechts



- Einrichtungen vorhanden, die eine praktische Ausbildung in Fernröntgentechnik und Fernröntgendiagnostik ermöglichen
 - ja
 - nein

In meiner Fachpraxis werden Behandlungen mit Behandlungsgeräten vorgenommen:

- a) ausschließlich herausnehmbar
- b) ausschließlich feststehend
- c) herausnehmbar und feststehend
- d) kombiniert kieferorthopädisch/chirurgische Therapie
- e) prächirurgisch/kieferorthopädische Therapie
- f) präprothetisch/kieferorthopädische Therapie

Als Hilfskräfte stehen zur Verfügung:

_____ ZFA
(Anzahl)

_____ Auszubildende
(Anzahl)

davon Ausbildungsjahr ___ 1. Jahr ___ 2. Jahr ___ 3. Jahr

_____ Zahntechniker
(Anzahl)

_____ sonstige Verwaltungskräfte
(Anzahl)

Ärztekammer des Saarlandes - Abteilung Zahnärzte

Körperschaft des öffentlichen Rechts



6. Die Zahl der in kieferorthopädischer Behandlung stehenden Patienten in meiner Fachpraxis beträgt zurzeit:

	GKV	PKV
aktiv in Behandlung:		
Retention:		
Gesamt:		

Über die KZV im Quartal vor Antragstellung abgerechnete Fälle: _____

7. Meine Fachpraxis hat eine Arbeitszeit von _____ Wochenstunden, von der höchstens die Hälfte für die Erledigung der außerhalb der Tätigkeit am Patienten anfallenden Arbeiten und zur Herstellung der Behandlungsbehelfe angesetzt wird.
8. Ich verpflichte mich, für die Dauer der Anerkennung als kieferorthopädische Weiterbildungsstätte meine Tätigkeit grundsätzlich auf das Gebiet der Kieferorthopädie zu beschränken.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Ärztekammer des Saarlandes - Abteilung Zahnärzte

Körperschaft des öffentlichen Rechts



Votum des Mitglieds des Weiterbildungsprüfungsausschusses

a) **Befürwortet**

(Datum, Name, Unterschrift)

b) **Abgelehnt, weil**

(Datum, Name, Unterschrift)

c) **Rückfragen**

(Datum, Name, Unterschrift)