

1.1 Angaben zur Person des Antragstellers			Mitglieds Nr.:	
Name				
Vorname			Titel	
Geburtsdatum		Geburtsort		

1.2 Privatanschrift			
Straße		PLZ, Ort	
Telefon		Fax	
Mobiltelefon			
E-Mail-Adresse			

1.3 Praxisanschrift			
Straße		PLZ, Ort	
Telefon		Fax	
E-Mail-Adresse			

1.4 Praxisform			
	Einzelpraxis	Gemeinschaftspraxis ^①	Praxisgemeinschaft ^①
① Bitte Partner angeben			

2. Tätigkeiten nach der Anerkennung als Fachzahnarzt/ärztin für Kieferorthopädie in folgenden Kliniken, Instituten bzw. Fachpraxen

	von	bis	in	Leiter
a)				
b)				
c)				

Seit 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 ganzen Arbeitszeit anwesend:

3. Angaben zur Praxis

3.1 Die Arbeitszeit in meiner Fachpraxis beträgt [] Wochenstunden, von der höchstens die Hälfte für die Erledigung der außerhalb der Tätigkeit am Patienten anfallenden Arbeiten und zur Herstellung der Behandlungsmittel angesetzt wird.

3.2 In meiner Fachpraxis sind [] voll ausgestattete kieferorthopädische Arbeitsplätze in [] Behandlungsräumen vorhanden.

3.3 Als Mitarbeiter/innen stehen zur Verfügung:

- [] zahnmed. Fachangestellte(r) [] ZMF, [] ZMV, [] DH
- [] Auszubildende(r) [] Zahntechniker(in)
- [] sonstige Angestellte (bitte Tätigkeit erläutern)

3. Angaben zur Praxis		
3.4 Die Praxis verfügt über ein eigenes zahntechnisches Labor mit <input type="text"/> einem(einer) <input type="text"/> -tags beschäftigter(m) Zahntechniker(in). Die technische Ausstattung des Labors erlaubt die Herstellung aller wesentlichen kieferorthopädischen Behandlungsmittel bzw. Geräte	ja	nein
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.5 Röntgeneinrichtungen, die eine praktische Ausbildung in Panoramaschichtaufnahmetechnik und Panoramaschichtaufnahmediagnostik ermöglichen Röntgeneinrichtungen, die eine praktische Ausbildung in Fernröntgentechnik und Fernröntgendiagnostik ermöglichen Digitales Volumentomogramm (DVT) Sonstige bildgebende Verfahren:	analog	digital
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

4. Angaben zu Behandlungsgeräten (Behandlungsmittel)		
Meine Fachpraxis verfügt über die notwendigen Voraussetzungen, a) für die Therapie mit herausnehmbaren Apparaturen b) für die Therapie mit festsitzenden Apparaturen	ja	nein
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

5. Angaben zum Patientenlientel		
	GKV (Anzahl)	PKV (Anzahl)
aktiv in Behandlung	<input type="text"/>	<input type="text"/>
in der Retentionsphase	<input type="text"/>	<input type="text"/>
gesamt:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
von den aktiv in Behandlung befindlichen Fällen werden		Anzahl
• mit herausnehmbaren Apparaturen behandelt		<input type="text"/>
- mit Plattenapparaturen		<input type="text"/>
- mit FKO-Geräten		<input type="text"/>
• mit festsitzenden Apparaturen behandelt		<input type="text"/>
• kombinierte kieferorthopädisch/chirurgische Therapie		<input type="text"/>
• kombinierte kieferorthopädisch/präprothetische Therapie		<input type="text"/>
• kombinierte kieferorthopädische/interdisziplinäre Therapie		<input type="text"/>

10. Nachweisunterlagen	liegt bei
Nachweis, dass Sie nach Anerkennung als Fachzahnarzt/ärztin für KFO mindestens 5 Jahre beschränkt auf dem Gebiet der KFO praktisch tätig gewesen sind	
Fortbildungsnachweis (Fortbildungssiegel der LZKH)	
6 dokumentierte Behandlungsfälle gemäß Richtlinie KFO zur WBO in anonymisierter Form: ausschließlich auf CD oder USB-Stick (keine Modelle etc.)	
1 Fall - Frühbehandlung	
1 Fall - Funktionskieferorthopädie	
1 Fall - Orthodontie bei Jugendlichen und Erwachsenen	
1 Fall - Kombinierte KFO-Chirurgie	
1 Fall - interdisziplinäre Behandlung (z.B. präproth./prächirurg.)	
1 Fall - Problemfall (z.B. Misserfolg, Rezidiv)	
Sollten Sie als angestellte/r Kieferorthopädin/Kieferorthopäde tätig sein bitten wir um Vorlage eines Nachweises, dass Sie über eine ausreichende Anzahl an Patienten für private Behandlungen verfügen. Ebenso bitten wir um Bestätigung, dass zwischen Ihnen und der/dem Praxisinhaber/in eine vertragliche Verpflichtung besteht, die Ihre alleinige fachliche Weisungsberechtigung gegenüber dem Weiterbildungsassistenten vorsieht.	
Die eingereichten Unterlagen werden zur Qualitätssicherung bei der LZKH archiviert. Zu Form und Inhalt der einzureichenden Unterlagen siehe anliegende Richtlinie des Vorstandes der LZKH	

11. Erklärung
<p>Ich erkläre als Weiterbildungsberechtigter in der Kieferorthopädie die nachfolgenden Vorgaben in Verbindung mit der gültigen Weiterbildungsordnung Kieferorthopädie und den dazu erlassenen Richtlinien zu gewährleisten und einzuhalten.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ich verpflichte mich, für die Dauer der Anerkennung als kieferorthopädische Weiterbildungsstätte, meine Tätigkeit grundsätzlich auf das Gebiet der Kieferorthopädie zu beschränken. 2. Ich stehe als verantwortlicher Weiterbildende/r persönlich in Vollzeit für die Weiterbildung meines/r Weiterbildungsassistenten/in meiner Praxis zur Verfügung. 3. Ich verpflichte mich zur Einhaltung nachfolgender Vorgaben: <ol style="list-style-type: none"> a) Aufrechterhaltung von mehr als 500 und weniger als 1000 Patientenfällen in der Praxis b) Zurverfügungstellung von mindestens zwei Behandlungseinheiten in ausreichender Anzahl und Qualität (mindestens zwei Behandlungsstühle). c) Zurverfügungstellung von zeitgemäßem Behandlungsinstrumentarium. d) Vorhalten von geeigneten Materialien und Geräten zur Behandlungsdokumentation für eine fachgerechte reproduzierbare Analyse von Behandlungsfällen (insbesondere die Bereitstellung einer geeigneten Kameraausrüstung zur Erstellung von Kopf-, Gesichts-, Mund- und Modellfotografien). e) Bereitstellung von Praxispersonal zur Assistenz bei der Behandlung und Verwaltungstätigkeit

11. Erklärung

- f) Persönliche Unterweisung und Anleitung des Weiterbildungsassistenten in allen Bereichen der Kieferorthopädie. Hierzu gehört insbesondere die gemeinsame regelmäßige Falldiagnostik, Fallplanung und Therapie. Dies setzt zwingend eine regelmäßige gemeinsame Modellanalyse, Fernröntgenanalyse und Behandlungsplanung mit der Erstellung eines kieferorthopädischen Behandlungsplanes voraus.
4. Fachliteratur in der Praxis (Kieferorthopädie), zumindest der Fachschriften „Fortschritte der Kieferorthopädie“, „American Journal of Orthodontics“, „American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics“.
 5. Zugang zu externen Fachbibliotheken und elektronischen Datenbanken.
 6. Möglichkeit zur Durchführung von Laborarbeiten (Herstellung von Kiefermodellen, KFO-Behandlungsmitteln, Reparaturen etc.).
 7. Ich versichere hiermit, die eingereichten Fälle nicht schon einmal eingereicht zu haben.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass

1. ein Verstoß gegen diese Verpflichtung die Einleitung eines Verfahrens auf Entzug der Weiterbildungsermächtigung zur Folge hat.
2. Die Ermächtigung grundsätzlich nur befristet auf 3 Jahre ausgestellt wird.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Hausinterne Abläufe

1. Antragsentscheidung	genehmigt	abgelehnt
Entscheidung des Vorstandsreferenten für Kieferorthopädie)		
Datum, Unterschrift		
Begründung bei Ablehnung		
Datum, Unterschrift		

2. Weitere Veranlassungen (Rückfragen)
Datum, Unterschrift

3. Erneute Antragsentscheidung	genehmigt	abgelehnt
Entscheidung des Vorstandsreferenten für Kieferorthopädie		
Datum, Unterschrift		
Begründung bei Ablehnung		
Datum, Unterschrift		