

Antrag auf Anerkennung als Weiterbildungsberechtigte/
für die Fachzahnarztausbildung Kieferorthopädie
nach der Weiterbildungsordnung der Landes Zahnärztekammer Hessen



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	BAG	Praxisgemeinschaft ^①
^① Bitte Partner angeben			

2.1 Studium der Zahnheilkunde		
von	bis	Ort / Universität /Hochschule

2.2 Approbation	
am	durch

2.3 Promotion	
am	durch
Titel	

2.4 Genehmigung zur Führung der Gebietsbezeichnung (Kieferorthopädie)
Die Anerkennung meiner Weiterbildung auf dem Gebiet der Kieferorthopädie erhielt ich am _____ mit Wirkung, vom _____ durch die Zahnärztekammer _____

**3. Tätigkeiten nach der Anerkennung als Fachzahnarzt/ärztin für Kieferorthopädie
in folgenden Kliniken, Instituten bzw. Fachpraxen tätig:**

	von	bis	in	Leiter
a)				
b)				
c)				
d)				
e)				

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:

4. Angaben zur Praxis		
4.1 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.		
4.2 In meiner Fachpraxis sind _____ voll ausgestattete kieferorthopädische Arbeitsplätze in _____ Behandlungsräumen vorhanden.		
4.3 Als Mitarbeiter/innen stehen zur Verfügung: _____ zahnmed. Fachangestellte(r) _____ ZMF, _____ ZMV, _____ DH _____ Auszubildende(r) _____ Zahntechniker(in) _____ sonstige Angestellte (bitte Tätigkeit erläutern)		
4.4 Die Praxis verfügt über ein eigenes zahntechnisches Labor mit _____ einem(einer) _____ tags beschäftigter(m) Zahntechniker(in). Die technische Ausstattung des Labors erlaubt die Herstellung aller wesentlichen kieferorthopädischen Behandlungsmittel bzw. Geräte.	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.5 Röntgeneinrichtungen, die eine praktische Ausbildung in Panoramaschichtaufnahmetechnik und Panoramaschichtaufnahmediagnostik ermöglichen Röntgeneinrichtungen, die eine praktische Ausbildung in Fernröntgentechnik und Fernröntgendiagnostik ermöglichen	analog	digital
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.6 Digitales Volumentomogramm (DVT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.7 Fototechnische Ausstattung (hochauflösende digitale Kamera), die eine praktische Ausbildung ermöglichen. Herstellung und Auswertung von Profil- u. Enface Fotografie, intra- u. extraorale Fotografie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Angaben zu Behandlungsgeräten (Behandlungsmittel)		
Meine Fachpraxis verfügt über die notwendigen Voraussetzungen, a) für die Therapie mittels herausnehmbaren Apparaturen b) für die Therapie mittels festsitzenden Apparaturen	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Mitgliedschaften in Fachgesellschaften/Organisationen

10. Es steht folgende Fachliteratur zur Verfügung (verpflichtend):	Ja	Nein
10.1 Fortschritte in der Kieferorthopädie		
10.2 European Journal of Orthodontics		
10.3 American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics		
10.4		

11. Weiterbildungsverhältnisse in den letzten fünf Jahren	Zeitraum	
	von	bis
Name der/des Weiterbildungsassistenten(innen)		

12. Beigefügte Unterlagen	
12.1	Nachweis über die eigenständige ununterbrochene Tätigkeit in eigener kieferorthopädischer Praxis / Klinik für die Dauer von fünf Jahren
12.2	Fortbildungsnachweis (Fortbildungssiegel der LZKH)
12.3	8 dokumentierte Behandlungsfälle gemäß Richtlinie KFO zur WBO
12.3.1	1 Fall - Frühbehandlung
12.3.2	1 Fall - Funktionskieferorthopädie
12.3.3	3 Fälle - Orthodontie bei Jugendlichen und Erwachsenen
12.3.4	1 Fall - Kombinierte KFO-Chirurgie
12.3.5	1 Fall - interdisziplinäre Behandlung (z.B. präprothetisch/prächirurgisch)
12.3.6	1 Fall - Problemfall (z.B. Misserfolg, Rezidiv)
<p>Hinsichtlich aller nach 12.3 eingereichten Materialien (Bilder, Modell, etc.) räume ich der LZKH K.d.ö.R. unwiderruflich und uneingeschränkt das Recht ein, diese in anonymisierter und digitalisierter Form zu archivieren und zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben zu nutzen.</p>	
12.4	Curriculum Vitae
12.5	Urkunden (Approbation, ggf. Promotion, ggf. Heirat, Gebietsbezeichnung)
12.6	Sonstiges:

13. Verpflichtung

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

- a) für die Dauer der Anerkennung als Weiterbildungsberechtigte(r), meine Tätigkeit grundsätzlich auf das Gebiet der Kieferorthopädie zu beschränken.
- b) die Aufgaben der/des Weiterbildungsleiterin/Weiterbildungsleiters ausschließlich persönlich wahrzunehmen
- c) regelmäßig, in geeigneter Ausführlichkeit Fach- und Fallbesprechungen mit WB-Assistent(in) durchzuführen
- d) den/die Weiterbildungsassistenten(in) zu den, durch die wissenschaftliche Leitung festgelegten Weiterbildungsmaßnahmen von der Tätigkeit in der Praxis freizustellen

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Hausinterne Abläufe

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

15. Weitere Veranlassungen (Rückfragen)
Datum, Unterschrift

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