

## Anzeige der Weiterbildung Kieferorthopädie (Praxis)

Hiermit zeige ich

\_\_\_\_\_  
Weiterbildende/r

\_\_\_\_\_  
Weiterbildungsstätte

der Landes Zahnärztekammer Hessen gemäß § 10 Absatz 1 der Weiterbildungsordnung  
die am \_\_\_\_\_ beginnende Weiterbildung von

Weiterzubildende/r: \_\_\_\_\_

im Fachgebiet Kieferorthopädie an.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, sämtliche Vorgaben der Weiterbildungsordnung zu beachten sowie die Weiterbildung persönlich zu leiten und entsprechend der Weiterbildungsordnung zu gestalten. Dazu gehört, dass ich die / den Weiterzubildende/n bei der Führung des Protokollheftes unterstütze.

Für den Besuch eines Weiterbildungscurriculums werde ich die/den Weiterzubildende/n entsprechend dem jeweiligen Lehrplan freistellen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Weiterbildende/r