

**Antrag  
Ermächtigung zur Weiterbildung auf dem Fachgebiet Kieferorthopädie**

Ich stelle einen Antrag auf Ermächtigung und Zulassung auf dem Fachgebiet Kieferorthopädie nach § 9 Abs. 1 der Weiterbildungsordnung (Satzung) der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein (WBO).

.....  
(Name, Vorname, Titel) (Geburtsdatum)

.....  
(Praxisanschrift)

.....  
(ggf. Anschrift der Zweigpraxis) (Telefon)

Dazu gebe ich folgende Erklärungen ab:

- Ich besitze auf dem Fachgebiet der Kieferorthopädie umfassende Kenntnisse, Fertigkeiten und Erfahrungen (§ 10 Abs. 1 Satz 2 WBO).

ja  nein

- Im Falle der Ermächtigung werde ich Beginn und Ende der Weiterbildung einer Kollegin oder eines Kollegen der Zahnärztekammer melden (§ 3 Abs. 2 WBO), die Weiterbildung persönlich leiten und entsprechend der Weiterbildungsordnung gestalten (§ 11 Abs. 1 WBO).

ja  nein

- In meiner Weiterbildungsstätte sind die räumlichen, technisch-apparativen und personellen Voraussetzungen erfüllt, um den Erwerb der theoretischen und praktischen Kenntnisse und Fertigkeiten im Fachgebiet Kieferorthopädie zu gewährleisten (Anlage 2, Ziffer 4. WBO)

ja  nein

- Ich bin tätig

als Leiter einer kieferorthopädischen Abteilung an Hochschuleinrichtungen für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

.....  
Jedem Weiterzubildenden stehen regelmäßig mindestens \_\_\_\_\_ Behandlungsfälle pro Quartal zur Verfügung.

als Leiter einer kieferorthopädischen Abteilung eines Krankenhauses für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

.....  
Jedem Weiterzubildenden stehen regelmäßig mindestens \_\_\_\_\_ Behandlungsfälle pro Quartal zur Verfügung.

in eigener Praxis.

- Ich bin nach meiner Anerkennung als Fachzahnärztin/Fachzahnarzt für Kieferorthopädie mindestens fünf Jahre auf dem Gebiet der Kieferorthopädie in eigener Praxis tätig gewesen und weiterhin tätig.

ja                       nein

- Ich habe die Anerkennung als Fachzahnärztin/Fachzahnarzt für Kieferorthopädie, verliehen von der Zahnärztekammer

..... am .....

In meiner Praxis<sup>1</sup> beträgt die Zahl der aktiven Behandlungsfälle im Quartal \_\_\_\_\_.

➤ .....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

---

<sup>1</sup> Bei Gemeinschaftspraxis/Berufsausübungsgemeinschaft der dem Antragsteller zuzuordnenden Behandlungsfälle.