

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

Ich stelle einen Antrag auf Ermächtigung und Zulassung auf dem Fachgebiet Oralchirurgie 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 Oralchirurgie 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 Oralchirurgie zu gewährleisten (Anlage 1, Ziffer 4. WBO)

ja  nein

- Ich bin tätig

als Leiter einer oralchirurgischen oder mund-kiefer-gesichtschirurgischen Abteilung an Hochschuleinrichtungen für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

.....  
 als Leiter einer oralchirurgischen oder mund-kiefer-gesichtschirurgischen Abteilung eines Krankenhauses für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

.....  
 in eigener Praxis.

- Ich bin nach meiner Anerkennung als Fachzahnärztin/Fachzahnarzt für Oralchirurgie oder als Fachärztin/Facharzt für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie mindestens fünf Jahre auf dem Gebiet der Oralchirurgie oder der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie in eigener Praxis tätig gewesen und weiterhin tätig.

ja  nein

Ich habe die Anerkennung als Fachzahnärztin/Fachzahnarzt für Oralchirurgie oder Fachärztin/Facharzt für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, verliehen von der Zahnärztekammer/Ärztekammer

..... am .....

➤ In den letzten zwölf Monaten vor Antragstellung wurden in meiner Praxis<sup>1</sup>/Abteilung der Hochschuleinrichtung/des Krankenhauses zahnärztlich-chirurgische Eingriffe durchgeführt:

1000 und mehr

800 bis 1000

500 bis 800

unter 500

➤ In meiner Praxis/Abteilung der Hochschuleinrichtung/des Krankenhauses besteht neben der ambulanten Versorgung auch ein angemessener Anteil an stationär oder teilstationär zu versorgender Patientinnen und Patienten, insbesondere von Unfallverletzten oder Kieferbruchpatientinnen und -patienten.

ja

nein

➤ In meiner Praxis besteht neben der ambulanten Versorgung auch eine klinische Anbindung.

ja

nein

Die Kriterien der klinischen Anbindung

- Notfall- und Intensivmedizin und
- Betreuung mehrtätig stationärer Patientenfälle und
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit (insbesondere mit Intensivmedizin, Innere Medizin, Chirurgie/Neurochirurgie)

sind erfüllt.

ja

nein

Erfüllung des fakultativen Kriteriums:

- Begleitung von Tumor- und Spaltpatienten

ja

nein

➤ .....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

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