

Antrag auf Zulassung zur Fachzahnarzt-Prüfung „Oralchirurgie“



Name, Vorname

Geburtsdatum/-ort

Anschrift, E-Mail, Telefon

Ich beantrage die Anerkennung der Weiterbildung gem. § 15 WBO und die Zulassung zur Fachzahnarztprüfung im Fachgebiet „Oralchirurgie“.

Meine Weiterbildungszeit endete am: -----

Lückenloser Nachweis der Tätigkeiten und Unterbrechungen von mehr als 6 Wochen zusammen während der Weiterbildung:

Lfd. Nr.	Art: Voll-/Teilzeit Dauer: von – bis	Allgemeinzahnärztliches Jahr, Unterbrechungsgrund, Tätigkeit/en in zugelassenen Weiterbildungsstätte/n (allg. Zahnarztpraxis, Klinikum, zugelassene Weiterbildungs-Praxis)	Verantwortlicher Zahnarzt, ermächtigter Weiterbil- dungsleiter	Zeit in Monaten (Vollzeit)
1	Vollzeit / Teilzeit			
2	Vollzeit / Teilzeit			
3	Vollzeit / Teilzeit			
4	Vollzeit / Teilzeit			
5	Vollzeit / Teilzeit			
6	Vollzeit / Teilzeit			
7	Vollzeit / Teilzeit			
8	Vollzeit / Teilzeit			
Gesamt fachspezifische Weiterbildungszeit				

Bemerkungen:

Dem Antrag beigefügt sind:

- Tabellarischer Lebenslauf
- Dokumentation der Weiterbildung
- Zeugnisse oder Bescheinigungen über die geleistete Weiterbildungszeit
- Bescheinigungen über sonstige Fortbildungen im Gebiet Oralchirurgie
- Nachweis der Röntgen- und DVT Fachkunde

Ich versichere, dass ich die Prüfung auf Anerkennung der Weiterbildung Oralchirurgie nicht bereits bei einer anderen Stelle beantragt oder zweimal erfolglos absolviert habe.

Datum

Unterschrift