

**Antrag auf Verleihung von Fortbildungszertifikaten b zw. Kammerzertifikaten
Fortbildung gem. der Fortbildungsordnung Teil II der ZÄK S.-A. v. 21.11.2015**



Zahnärztekammer Sachsen-Anhalt
z. Hd. Herr Wiedmann
Große Diesdorfer Straße 162
39110 Magdeburg

Fax: 0391 73939-20
E-Mail: wiedmann@zahnaerztekammer-sah.de

Antragsteller Korrespondenzanschrift:

privat (Adresse + Tel. -Nr.) Praxis

Hiermit beantrage ich

(Titel, Vorname, Nachname)

(Geburtsdatum, -ort)

das „Kammerzertifikat Fortbildung“ auf dem Teilgebiet

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Allg. ZMK-Heilkunde | <input type="radio"/> Implantologie |
| <input type="radio"/> Alterszahnheilkunde | <input type="radio"/> Kinderzahnheilkunde |
| <input type="radio"/> Endodontologie | <input type="radio"/> Parodontologie |
| <input type="radio"/> Funktions- u. Schmerztherapie | <input type="radio"/> Prothetik |
| <input type="radio"/> weitere _____ | |

das „Fortbildungszertifikat“ auf dem Teilgebiet

- Orthodontie
- Zahnärztliche Chirurgie
- Öffentliches Gesundheitswesen.

Die strukturierte Fortbildung absolvierte ich bei folgendem Fortbildungsträger:

- ZÄK S-A (keine Nachweise nötig, Antrag ebenfalls per E-Mail oder Fax möglich)
- andere Zahnärztekammer*: _____
- wissenschaftliche Fachgesellschaft*: _____

* folgende Unterlagen sind einzureichen:

- Nachweis über Teilnahme an der strukturierten Fortbildung im Original (Zertifikat, Teilnahmebestätigung o.ä.), wird nach Beendigung des Anerkennungsverfahrens wieder zurückgesandt
- falls auf diesem Nachweis nicht erkenntlich, muss die genaue Bezeichnung der strukturierten Fortbildung, die Fortbildungsstunden u. -punkte sowie die erfolgreiche Teilnahme am Abschlussgespräch von dem Fortbildungsträger belegt werden

Die Kontaktdaten meiner Praxis dürfen auf der Homepage der Zahnärztekammer S-A unter der Rubrik Zahnarztsuche/Kammerzertifikat veröffentlicht werden: ja nein

Für die Erteilung des genannten Zertifikates wird eine Gebühr gemäß Kostenordnung i. H. v. 30,00 € fällig. Die aktuelle Fortbildungsordnung der Zahnärztekammer Sachsen- Anhalt wurde gelesen, zur Kenntnis genommen und anerkannt:

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Antragstellers)