

Praxistempel/-angaben:

Ärztekammer des Saarlandes
-Abt. Zahnärzte-
Puccinistraße 2

66119 Saarbrücken

**Anzeige über das Ausweisen von TÄTIGKEITSSCHWERPUNKTEN gem. § 20 Abs. 4 Berufsordnung
der Ärztekammer des Saarlandes -Abt. Zahnärzte-**

Hiermit zeige ich

Name, Vorname

geb. am

Praxisanschrift

Telefon

Approbation/Berufserlaubnis am

Staatsangehörigkeit

niedergelassen seit

an, dass ich entsprechend den Richtlinien für das Ausweisen von Tätigkeitsschwerpunkten gemäß § 20 Abs. 4 der Berufsordnung der Ärztekammer des Saarlandes -Abt. Zahnärzte- nachstehende(n) personenbezogene(n) Tätigkeitsschwerpunkt(e) im Bereich Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde ausweisen werde:

1. Tätigkeitsschwerpunkt

2. Tätigkeitsschwerpunkt

3. Tätigkeitsschwerpunkt

Mir ist bekannt, dass die Ausweisung von Tätigkeitsschwerpunkten in meinem eigenen Verantwortungsbereich liegt und sich auf interessengerechte, sachangemessene und nicht irreführende Angaben zu beschränken hat.

Hiermit bestätige ich, dass ich in dem als Tätigkeitsschwerpunkt ausgewiesenen Bereich der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde über besondere fachliche Kenntnisse und Erfahrungen verfüge.

Die erworbenen besonderen fachlichen Kenntnisse und Erfahrungen in dem betreffenden Bereich werden von mir im Rahmen meiner beruflichen Tätigkeit praktisch umgesetzt.

b.w.

Zu den oben genannten, als Tätigkeitsschwerpunkte ausgewiesenen Bereichen der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde mache ich nachfolgende Angaben:

ad. 1 Tätigkeitsschwerpunkt

Ich bin seit in dem betreffenden Bereich nachhaltig tätig.

Zu den qualifizierenden Maßnahmen (Ziffer 7 der Richtlinie) mache ich folgende Angaben:

.....
.....
.....
.....
.....

ad. 2 Tätigkeitsschwerpunkt

Ich bin seit in dem betreffenden Bereich nachhaltig tätig.

Zu den qualifizierenden Maßnahmen (Ziffer 7 der Richtlinie) mache ich folgende Angaben:

.....
.....
.....
.....
.....

ad. 3 Tätigkeitsschwerpunkt

Ich bin seit in dem betreffenden Bereich nachhaltig tätig.

Zu den qualifizierenden Maßnahmen (Ziffer 7 der Richtlinie) mache ich folgende Angaben:

.....
.....
.....
.....
.....

Ich bestätige hiermit ausdrücklich, dass die gemachten Angaben den Tatsachen entsprechen und deren Wahrheitsgehalt ausschließlich in meinem Verantwortungsbereich liegt.

Ich habe gem. Ziffer 8 der Richtlinien zur Kenntnis genommen, dass die Ärztekammer des Saarlandes -Abt. Zahnärzte- berechtigt ist, stichprobenartig oder anlassbezogen das Vorliegen der oben aufgeführten Voraussetzungen zu überprüfen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift