

Bitte in Druckbuchstaben ausgefüllt

per E-Mail an: tragesser@fazh.de oder per Fax an 069 427275-194

1. Angaben zur Person des Antragstellers			Mitgl.Nr.: *
Name *			
Vorname *		Titel	
Geburtsdatum *		Geburtsort	
Privatanschrift			
Straße *		PLZ, Ort*	
Telefon *		Fax	
Mobiltelefon			
E-Mail-Adresse*			

2. Studium *		von	bis
Universität			
Universität			
Universität			

3. Approbation *	Ausstellende Behörde
am:	

oder

4. Erlaubnis nach § 13 ZHG *	Ausstellende Behörde
am:	bis:

5. Promotion	Ausstellende Behörde
am:	

Bitte in Druckbuchstaben ausgefüllt

per E-Mail an: tragesser@fazh.de oder per Fax an 069 427275-194

6. Allgemeinzahnärztliches Jahr *		von *	bis *
Praxis / Univ.			
Praxis / Univ.			

7. Weiterbildungsermächtigter			Mitgl.Nr.: *
Name *			
Vorname *		Titel	
Geburtsdatum		Geburtsort	
Praxisanschrift			
Straße *		PLZ, Ort*	
Telefon *		Fax	
Mobiltelefon			
E-Mail-Adresse*			

* Pflichtfelder – ohne Angabe keine Anmeldung möglich !

Erklärung

zu meinem Antrag auf Teilnahme am Curriculum Kieferorthopädie der Landeszahnärztekammer Hessen gebe ich folgende Erklärung ab:

- Ich verpflichte mich, den Nachweis der o.a. Angaben durch Vorlage der entsprechenden Dokumente in Kopie (Approbationsurkunde oder Bescheinigung nach § 13 ZHG, Datenüberlassungseinwilligung, Anstellungsvertrag Weiterbildungsassistent/in KFO) bis zum **15. Mai 2019** zu erbringen.
- Das Curriculum Kieferorthopädie baut in seinem Inhalt auf einer eng verbundenen Vermittlung der theoretischen Kenntnisse und praktischen Fertigkeiten auf. Für die Anmeldung/Teilnahme ist daher das Vorhandensein einer Weiterbildungsstelle bei einem hierfür ermächtigten Fachzahnarzt für Kieferorthopädie für die gesamte Dauer des Curriculums zwingend erforderlich. Der/die Weiterbildende muss nach den Vorgaben der Weiterbildungsordnung der LZK Hessen vom 27. Januar 2014 ermächtigt sein. Ich nehme zur Kenntnis, dass ohne das Vorliegen der o.a. Nachweise oder durch unvollständige oder unrichtige Angaben in dieser Anmeldung keine Bewerbung um einen Platz in den KFO-WB Curriculum möglich ist.
- Ich habe die allgemeinen Geschäftsbedingungen der FAZH (www.fazh.de) zur Kenntnis genommen und erkenne diese an.
- Das Curriculum hat eine begrenzte Teilnehmerzahl – eine Garantie auf Teilnahme besteht daher nicht. Die Zulassung zum Curriculum KFO erfolgt durch Losentscheid.

Ort, Datum *

Unterschrift *

Bitte in Druckbuchstaben ausgefüllt

per E-Mail an: tragesser@fazh.de oder per Fax an 069 427275-194

Bestätigung der Weiterbildungspraxis

Hiermit bestätige ich

Frau/Herr: _____

Praxisanschrift: _____

als ermächtigte Zahnärztin bzw. ermächtigter Zahnarzt, dass ich im Rahmen der Weiterbildung Kieferorthopädie

Frau/Herrn: _____

Anschrift: _____

während der gesamten Dauer des Curriculum Kieferorthopädie 2019 (Juni 2019 bis Mai 2022) als Weiterbildungsassistent/in beschäftige und einen Arbeitsvertrag vereinbart habe, in dem ich die Assistentin bzw. den Assistenten für die Zeiten der Teilnahme an diesem Curriculum in der Praxis freistelle.

Weiterhin versichere ich, dass ich ohne schriftliche Genehmigung der Landes Zahnärztekammer Hessen nur einen Weiterzubildenden beschäftigen werde.

Datum, Ort

Unterschrift

Einwilligungserklärung im Rahmen der Teilnahme am Curriculum
Kieferorthopädie nach der Weiterbildungsordnung der
Landeszahnärztekammer Hessen



Bitte in Druckbuchstaben ausgefüllt

per E-Mail an: tragesser@fazh.de oder per Fax an 069 427275-194

Weiterbildungsassistent/in:

Name	
Adresse (Straße, PLZ, Ort)	

Ich stimme hiermit der Verarbeitung und dem Austausch meiner personenbezogenen Daten im Zusammenhang mit meiner Teilnahme am Weiterbildungscurriculum Kieferorthopädie zwischen der Fortbildungsgesellschaft Zahnmedizin Hessen GmbH (FAZH) und der Landes Zahnärztekammer Hessen (LZKH) zu. Insbesondere dürfen zwischen den vorgenannten Institutionen erforderliche Informationen über mein Weiterbildungsverhältnis und die erfolgreiche Teilnahme erfolgen.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die FAZH bzw. LZKH widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Ort, Datum

Unterschrift

Wichtige Informationen der LZKH zu Ihrer Anmeldung zum Weiterbildungscurriculum Kieferorthopädie



Sie haben sich bei der FAZH für einen Curriculums-Platz beworben.

Durch die von Ihnen beabsichtigte Teilnahme am Curriculum wird Ihnen die Möglichkeit eröffnet, die dreijährige Weiterbildungszeit ausschließlich in einer Weiterbildungspraxis durchzuführen.

Beachten Sie bereits vor Beginn Ihrer Weiterbildung, dass die/der Sie weiterbildende Zahnärztin/Zahnarzt eine Genehmigung Ihres Weiterbildungsverhältnisses durch die Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen (KZVH) rechtzeitig beantragt. Ansprechpartnerin bei der KZVH ist hierfür Frau Martini (069 / 66 07 330).

Außerdem darf Ihr/e weiterbildende/r Zahnärztin/Zahnarzt keinen weiteren Weiterbildungsassistenten beschäftigen. Klären Sie dies bitte im Vorfeld Ihrer Weiterbildung ab.

Damit Sie sich nach erfolgreicher Teilnahme am Curriculum und dreijähriger Weiterbildungszeit zum Fachgespräch anmelden können beachten Sie bitte, dass Ihr Weiterbildungsverhältnis folgende Kriterien erfüllt:

- Der weiterbildungsberechtigte Zahnarzt muss Ihnen versichern, dass er eine aktuelle und für die nächsten drei Jahre geltende Weiterbildungsermächtigung der Landes-zahnärztekammer Hessen besitzt.
- Der Arbeitsvertrag muss zu Ihren Gunsten eine Verpflichtung des Arbeitgebers zur Freistellung für die Teilnahme am Curriculum enthalten (z.B. „Der Arbeitnehmer wird für den Besuch des Weiterbildungscurriculums freigestellt. Der Freistellungsanspruch richtet sich im Einzelnen nach dem Kursplan des Weiterbildungscurriculums.“) Einen Mustervertrag finden Sie unter www.zqms.de im Serviceportal, Rubrik „Musterarbeitsverträge“ > „Musterarbeitsvertrag angestellter Zahnarzt“.

Bei Fragen zum Weiterbildungsverhältnis steht Ihnen Frau Ostien-Müller,
Tel.: 069 / 427 275 161, zur Verfügung.