



Anmeldung zur Zertifizierung für den Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Praxisanschrift: _____

Telefon: _____

Telefax: _____

eMail: _____

Voraussetzungen

- Curriculum vitae (Kurzfassung)

Nachweis über die Absolvierung des Curriculums Implantologie bei einer wissenschaftlichen Gesellschaft (mindestens 130 Stunden Dauer und 90 Fortbildungspunkte)

- Zahnärztliche Approbation oder fachärztlicher Nachweis Kieferchirurgie (Kopie)

- Nachweis einer 3-jährigen implantologisch tätigen Erfahrung, 200 gesetzte Implantate und/oder 70 Fälle in den entsprechenden Indikationsklassen. Eine Liste mit den Computernummern (falls vorhanden), Geburtsdaten der Patienten, Anzahl, Marke und Lage der gesetzten Implantate und Datum der Implantation.

- Erste selbst durchgeführte Implantation (Datum): _____
- Selbstständig durchgeführte Kurse und Seminare (evtl. Kursprogramm beifügen)
- Eigene Publikationen (wenn vorhanden)
Nur Titel, Zeitschrift und Datum der Veröffentlichung, evtl. auch Dissertation.

Ich versichere und verpflichte mich als „Zertifizierter“ auf dem Gebiet der zahnärztlichen Implantologie:

- a. den jährlichen Nachweis zu führen und an implantologischen Fortbildungskursen und Seminaren teilgenommen zu haben bzw. teilnehmen werde,
- b. mich an die von den Bundesverbänden und wissenschaftlichen Gesellschaften festgelegten Indikationskriterien zu halten,
- c. die Interpretation der Gebührenrichtlinien der Berufsverbände einzuhalten,
- d. und meine implantologischen Fälle zu dokumentieren.

Durch meine Unterschrift versichere ich, dass diese Angaben wahrheitsgemäß und nach besten Wissen und Gewissen ausgeführt habe.

Datum: _____

Unterschrift: _____



Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, _____, an Eides statt,

1. dass ich seit 3 Jahren implantologisch tätig bin,
2. dass ich mehr als 200 Implantate gesetzt und/oder 70 Patientenfälle versorgt habe
3. und Mitglied in einer der nachstehenden aufgeführten Gesellschaften / Verbänden bin:

- DIZ
- DGI
- DGZI
- DGZMK
- BDO
- BDIZ
- Zentralregister des BDIZ

Ort, Datum

Stempel / Unterschrift



Implantologisches Curriculum

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Facharztbezeichnung: _____

Sachverständigen- und Gutachtertätigkeit: _____

Implantologisch tätig seit: _____

Anzahl der bisher gesetzten Implantate insgesamt:

1996: _____ 1997: _____ 1998: _____ 1999: _____ 2000: _____ 2001: _____

2002: _____ 2003: _____ 2004: _____ 2005: _____ 2006: _____ 2007: _____

Ich verfüge über ausreichende Erfahrung in folgenden Techniken:

- enossal subperiostal gesteuerte Geweberegeneration
 Knochentransplantation Sinuslift

Ich habe Erfahrung mit folgenden Implantatsystemen:

Implantatsystem: _____ seit _____ Anzahl: _____

Implantatsystem: _____ seit _____ Anzahl: _____

Implantatsystem: _____ seit _____ Anzahl: _____

Implantatsystem: _____ seit _____ Anzahl: _____

Implantatsystem: _____ seit _____ Anzahl: _____

Implantatsystem: _____ seit _____ Anzahl: _____

Ich **versichere**, dass die oben gemachten Angaben wahrheitsgemäß sind. Ich bin mit der Weitergabe meiner Anschrift bei Patientenanfragen einverstanden.

Datum

Stempel / Unterschrift

Implantatdokumentation Nr. _____



1. Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____ Geschlecht: _____

2. Zahnstatus

18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28
55 54 53 52 51	61 62 63 64 65
85 84 83 82 81	71 72 73 74 75
48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38

Zahnst.

Mu

PA

3. Beginn der Arbeit: _____

Abschluß der Arbeit: _____

4. Implantattyp und Ort der Implantation:

5. Prothetische Suprakonstruktion:

6. Augmentative Maßnahmen, Bone-Spreading, etc.:
