Formular S3 – Fortbildungsnachweis (ZA)

Hinweise zum Fortbildungsnachweis:
Gemäß § 1.3.3 der aktuellen Zertifizierungsordnung der DGÄZ ist der Nachweis von mindestens 9 Fortbildungsveranstaltungen (entspricht ca. 140 Fortbildungsstunden) aus den definierten Fachgebieten zu erbringen. Hierunter müssen mindestens 3 Veranstaltungen sein, die von der DGÄZ ausgerichtet werden. Zwingend nachzuweisen sind Fortbildungen aus den Fachgebieten: Frontzahnästhetik sowie Funktionsdiagnostik und -therapie sowie aus mindestens drei weiteren unterschiedlichen Fachgebieten. Die Fortbildungsnachweise sind auf diesem Formblatt vollständig und nachvollziehbar aufzulisten. Die entsprechenden Teilnahmebescheinigungen sind in Kopie beizufügen und auf Verlangen im Original vorzulegen.

Fortbildungsübersicht

Nr	Datum	DGÄZ Veranstaltung	Referent	Fachgebiet	Fortbildung
1		☐ Ja ☐ Nein			☐ Kongress ☐ Vortrag ☐ Hands-on
	Thema:				
2		☐ Ja ☐ Nein			☐ Kongress ☐ Vortrag ☐ Hands-on
	Thema:				
3		☐ Ja ☐ Nein			☐ Kongress ☐ Vortrag ☐ Hands-on
	Thema:				
4		☐ Ja ☐ Nein			☐ Kongress ☐ Vortrag ☐ Hands-on
	Thema:				
5		☐ Ja ☐ Nein			☐ Kongress ☐ Vortrag ☐ Hands-on
	Thema:				
6		☐ Ja ☐ Nein			☐ Kongress ☐ Vortrag ☐ Hands-on
	Thema:				
7		☐ Ja ☐ Nein			☐ Kongress ☐ Vortrag ☐ Hands-on
	Thema:				

Nr	Datum	DGÄZ Veranstaltung	Referent	Fachgebiet	Fortbildung
8		☐ Ja ☐ Nein			☐ Kongress ☐ Vortrag ☐ Hands-on
	Thema:				
9		☐ Ja ☐ Nein			☐ Kongress ☐ Vortrag ☐ Hands-on
	Thema:				
10		☐ Ja ☐ Nein			☐ Kongress ☐ Vortrag ☐ Hands-on
	Thema:				
11		☐ Ja ☐ Nein			☐ Kongress ☐ Vortrag ☐ Hands-on
	Thema:				
12		☐ Ja ☐ Nein			☐ Kongress ☐ Vortrag ☐ Hands-on
	Thema:				
13		☐ Ja ☐ Nein			☐ Kongress ☐ Vortrag ☐ Hands-on
	Thema:				
14		☐ Ja ☐ Nein			☐ Kongress ☐ Vortrag ☐ Hands-on
	Thema:				

Fachgebiete gemäß § 1.3.3.1 (Zahnärzte)

1. Frontzahnästhetik
2. Seitenzahnrestauration mit Komposit/Keramik
3. Teil- und Hybridprothetik
4. Implantatprothetik
5. Parodontologie/Endodontologie
6. Kieferorthopädische Vor- und/oder Nachbehandlung
7. Funktion und Gesamtsanierung
8. Funktionsdiagnostik und -therapie

Erklärung des Bewerbers

Hiermit bestätige ich, dass die oben aufgeführten Fortbildungen von mir persönlich absolviert wurden und die Angaben vollständig und korrekt sind.

Ort / Datum

Unterschrift

DGÄZ

Beurteilung durch die Zertifizierungskommission

Die eingereichten Fortbildungsnachweise wurden durch die Zertifizierungskommission geprüft und entsprechend den Anforderungen gemäß § 1.3.3 der aktuellen Zertifizierungsordnung der DGÄZ bewertet.

☐ Anforderungen erfüllt ☐ Anforderungen nicht erfüllt

Bemerkungen:

Datum

Zertifizierungskommission