

Anlage 3
zur Berufsordnung der Zahnärztekammer Nordrhein

Praxisstempel:

Zahnärztekammer Nordrhein
Postfach 10 55 15

40046 Düsseldorf

**Anzeige über das Ausweisen eines oder mehrerer Tätigkeitsschwerpunkte/s
gemäß § 17 a der Berufsordnung der Zahnärztekammer Nordrhein**

Hiermit zeige ich

..... Name, Vorname	 geb. am
------------------------	------------------

..... Praxisanschrift	 Telefon
--------------------------	------------------

..... Approbation	 Staatsangehörigkeit	 niedergelassen seit
----------------------	------------------------------	------------------------------

an, dass ich gemäß § 17 a der Berufsordnung der Zahnärztekammer Nordrhein nachstehende(n) personenbezogene(n) Tätigkeitsschwerpunkt(e) im Bereich der Zahnmedizin ausweisen werde:

Tätigkeitsschwerpunkt
Tätigkeitsschwerpunkt
Tätigkeitsschwerpunkt

Mir ist bekannt, dass die Ausweisung von Tätigkeitsschwerpunkten auf eigenverantwortlicher Einschätzung beruht und sich auf interessengerechte, sachangemessene und nicht irreführende Angaben zu beschränken hat.

Hiermit bestätige ich, dass ich in dem als Tätigkeitsschwerpunkt ausgewiesenen Teilbereich der Zahnmedizin über besondere theoretische Kenntnisse und Fähigkeiten und mindestens zweijährige praktische Tätigkeit verfüge.

Zu den oben genannten, als Tätigkeitsschwerpunkt ausgewiesenen Teilbereichen der Zahnmedizin mache ich nachfolgende Angaben:

ad. 1 Tätigkeitsschwerpunkt

Ich bin seit in dem betreffenden Teilbereich tätig.

Zu den mich qualifizierenden Maßnahmen mache ich folgende Angaben:

.....

.....

.....

.....

.....

ad. 2 Tätigkeitsschwerpunkt

Ich bin seit in dem betreffenden Teilbereich tätig.

Zu den mich qualifizierenden Maßnahmen mache ich folgende Angaben:

.....

.....

.....

.....

.....

ad. 3 Tätigkeitsschwerpunkt

Ich bin seit in dem betreffenden Teilbereich tätig.

Zu den mich qualifizierenden Maßnahmen mache ich folgende Angaben:

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift