



Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte in Europa (BDIZ EDI)

Anmeldung zur Zertifizierung für den Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie

Sehr geehrte Damen und Herren,
bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig und leiten Sie bitte diesen Fragebogen unterschrieben zusammen mit den entsprechenden Unterlagen an die Geschäftsstelle des BDIZ EDI.

Name: Vorname:

Praxisanschrift:

Geburtsdatum:

Telefon: Fax:

E-Mail:

Voraussetzungen:

- Curriculum vitae (kurzgefasst)
- Zahnärztliche Approbation oder fachärztlicher Nachweis Kieferchirurgie (Kopie)
- Ordentliches Mitglied bzw. Mitglied des Zentralregisters des BDIZ EDI
- Nachweis einer 3-jährigen implantologisch tätigen Erfahrung, 200 gesetzte Implantate und/oder 70 Fälle in den entsprechenden Indikationsklassen. (durch Eidesstattliche Erklärung, Stichproben durch **10 OPGs**)
- Erste selbst durchgeführte Implantation (Datum)
- Zertifikat über das Curriculum Implantologie

- Nachweis anderer Fortbildungen, deren Gleichwertigkeit beantragt werden soll.
(Zertifikat in Kopie beifügen)
 - Selbstständig durchgeführte Kurse und Seminare (evtl. Kursprogramm beifügen)
 - Eigene Publikationen (wenn vorhanden).
Nur Titel, Zeitschrift und Datum der Veröffentlichung, evtl. auch Dissertation. Sollte der Platz nicht ausreichen, bitte ein gesondertes Blatt beiheften.
-
-
-

Ich verpflichte mich nach der Zertifizierung, gemäß den Richtlinien Abschnitt V, für den Bereich der zahnärztlichen Implantologie:

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

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

Datum:.....

Unterschrift:

Die geschäftsmäßige Verarbeitung Ihrer angegebenen Kontaktdateninformationen für dieses Formular erfolgt nach Art.6 (1) f. DSGVO an den Bundesverband der implantologisch tätigen Zahnärzte e.V. (BDIZ EDI), Lipowskystr. 12,81373 München. Sie können jederzeit der Nutzung Ihrer Daten unter unten stehender Anschrift widersprechen. Ihre Daten werden zum Zweck der Mitgliederverwaltung und der Information der Mitglieder – nicht für werbliche Zwecke – verwendet. Weitere Informationen zum Datenschutz erhalten Sie unter www.bdizedi.org > Datenschutzerklärung

Senden Sie bitte diesen Fragebogen mit den dazugehörigen Unterlagen an die Geschäftsstelle des **BDIZ EDI in München, Lipowskystr. 12, 81373 München.** (Bitte keine Unterlagen faxen)

Anlagen