



Zahnärztekammer Berlin  
Stallstr. 1  
10585 Berlin

**Anzeige über** (zutreffendes bitte ankreuzen)

**das Ausweisen von personengebundenen Tätigkeitsschwerpunkten** (gem. § 18 i. V. m. Anlage 1 und 2 der Berufsordnung (BO) der Zahnärztekammer Berlin)

**besondere Behandlungsmaßnahmen/Patienteninformationen (siehe Seite 2)**

1. **Tätigkeitsschwerpunkt<sup>1</sup>:** .....  
Tätig in diesem Fachbereich seit (Monat/Jahr)<sup>2</sup>: .....  
Angaben zu qualifizierenden Maßnahmen<sup>3</sup>: .....  
.....  
.....

2. **Tätigkeitsschwerpunkt:** .....  
Tätig in diesem Fachbereich seit (Monat/Jahr): .....  
Angaben zu qualifizierenden Maßnahmen: .....  
.....  
.....

3. **Tätigkeitsschwerpunkt:** .....  
Tätig in diesem Fachbereich seit (Monat/Jahr): .....  
Angaben zu qualifizierenden Maßnahmen: .....  
.....  
.....

<sup>1</sup> Die zulässigen Tätigkeitsschwerpunkte entnehmen Sie bitte der Anlage 1 BO  
<sup>2</sup> Die Mindesttätigkeitsdauer im angezeigten Tätigkeitsschwerpunkt beträgt 2 Jahre  
<sup>3</sup> Ohne Angaben zu qualifizierenden Maßnahmen erfolgt keine Registrierung

**Besondere Behandlungsmaßnahmen/Patienteninformationen**

(Zutreffendes bitte auswählen)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Adhäsivbrücken   | <input type="checkbox"/> Ästhetische Zahnheilkunde             |
| <input type="checkbox"/> Akupunktur   | <input type="checkbox"/> Behandlung in Alten- und Pflegeheimen |
| <input type="checkbox"/> Behandlung von Angstpatienten  | <input type="checkbox"/> Bleaching                             |
| <input type="checkbox"/> Computergestützte Zahnrestauration   | <input type="checkbox"/> Digitales Röntgen                     |
| <input type="checkbox"/> Durchführung von Hausbesuchen  | <input type="checkbox"/> Endodontologie                        |
| <input type="checkbox"/> Funktionstherapie  | <input type="checkbox"/> Gebärdensprache                       |
| <input type="checkbox"/> Homöopathie  | <input type="checkbox"/> Implantologie                         |
| <input type="checkbox"/> Individualprophylaxe   | <input type="checkbox"/> Keramikinlays                         |
| <input type="checkbox"/> Kinderzahnheilkunde  | <input type="checkbox"/> Laserbehandlung                       |
| <input type="checkbox"/> Parodontologie   | <input type="checkbox"/> Prothetik                             |
| <input type="checkbox"/> Psychosomatik  | <input type="checkbox"/> Schnarchtherapie                      |
| <input type="checkbox"/> Veneers  | <input type="checkbox"/> Vollnarkose                           |
| <input type="checkbox"/> Zahnärztliche Hypnose  |  |
| <input type="checkbox"/> Zahnärztliche Behandlung von infektionserkrankten Patienten (z. B. HIV, Hepatitis) |  |
| <input type="checkbox"/> Fremdsprachenkenntnisse:.....  |  |
| .....   |  |
| .....   |  |
| .....   |  |

Mir ist bekannt, dass

- die Angaben der Tätigkeitsschwerpunkte/Besonderen Behandlungsmaßnahmen/Patienteninformationen auf reiner Selbsteinschätzung beruhen und dass **durch die Zahnärztekammer lediglich eine Registrierung, keine Prüfung**, erfolgt und somit der Wahrheitsgehalt meiner Angaben ausschließlich in meinem Verantwortungsbereich liegt und
- sich die Zahnärztekammer nur bei unvollständigen/fehlerhaften Anzeigen mit dem Absender in Verbindung setzt.

Mit meiner Unterschrift versichere ich, dass die **von mir gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen**. Ich bin mit der kostenlosen Einstellung meiner Tätigkeitsschwerpunkte und meiner sonstigen berufsbezogenen Daten in (internetbasierte) Zahnarztsuchdienste einverstanden.

Berlin, \_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)