

Praxisstempel:

Anzeige über das Ausweisen von TÄTIGKEITSSCHWERPUNKTEN

gem. § 18 Berufsordnung der Landeszahnärztekammer Brandenburg

Hiermit zeige ich

Name, Vorname	geb. am	
Praxisanschrift	Telefon	
Approbation/Berufserlaubnis am	Staatsangehörigkeit	niedergelassen seit

an, dass ich entsprechend den „Richtlinien für das Ausweisen von Tätigkeitsschwerpunkten nachstehende(n) personenbezogene(n) Tätigkeitsschwerpunkt(e) im Bereich der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde ausweisen werde:

1. Tätigkeitsschwerpunkt	
2. Tätigkeitsschwerpunkt	
3. Tätigkeitsschwerpunkt	

Hiermit bestätige ich, dass ich in dem als Tätigkeitsschwerpunkt ausgewiesenen Bereich der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde über besondere fachliche Kenntnisse und Erfahrungen verfüge.

Die erworbenen besonderen fachlichen Kenntnisse und Erfahrungen in dem betreffenden Bereich werden von mir im Rahmen meiner beruflichen Tätigkeit praktisch umgesetzt.

Mir ist bekannt, dass die Ausweisung von Tätigkeitsschwerpunkten in meinem eigenen Verantwortungsbereich liegt und sich auf interessengerechte, sachgemessene und nicht irreführende Angaben zu beschränken hat.

Datum, Ort	Unterschrift
------------	--------------