Förderung einer kieferorthopädischen Fortbildung für Allgemeinzahnärzte

Titel, Name, Vorname des Bewerbers

Abrechnungsnummer

(bei angestellten Zahnärzten
bitte Abrechnungsnummer der Praxis)

Ich beantrage die Förderung der nachfolgend aufgeführten kieferorthopädischen Fortbildung:

Bezeichnung der Fortbildung, Anbieter

1. Ich bin tätig im Bedarfsplanungskreis

Erzgebirgskreis

Zwickau

Bautzen

Vogtlandkreis

2. Ich erkläre, dass ich bisher nicht oder nur geringfügig kieferorthopädisch tätig war und aufgrund der Fortbildung mein kieferorthopädisches Behandlungsspektrum erweitern werde.

Ja

Nein

3. Nach Abschluss der Fortbildungsmaßnahme verpflichte ich mich für mindestens 4 Jahre kieferorthopädisch tätig zu sein.

- Ich biete eine wöchentliche KFO-Sprechstundenzeit von 6 Stunden an.

- Ich biete eine wöchentliche KFO-Sprechstundenzeit von _____ Stunden an.

- Nur bei angestellten Zahnärzten:

Ich versichere, dass mein Arbeitgeber mit dem Sprechstundenangebot einverstanden ist.

Ja

4. Die Bedingungen der „Fördermaßnahme nach § 105 Abs. 1 a SGB V: Fortbildungsmaßnahme zur Sicherstellung der kieferorthopädischen Versorgung im Freistaat Sachsen“ habe ich zur Kenntnis genommen und erkenne die Bedingungen an.

Ja

Eine geeignete Beschreibung über Inhalt und Umfang der Fortbildung sowie eine Übersicht über die voraussichtlichen Kosten füge ich dem Antrag bei.

Ort, Datum

Unterschrift