



Antrag auf Prüfungszulassung „Spezialist für Funktionsdiagnostik und -therapie (DGFDT)“

Hiermit stelle ich den Antrag auf Zulassung
zur Prüfung zum
„Spezialisten für Funktionsdiagnostik und -
therapie (DGFDT)“.

Titel:

Vorname:

Name:

Geburtsdatum:

Ich erfülle die nachstehenden Voraussetzungen gemäß den Richtlinien für die Ernennung und lege dem Schreiben die entsprechenden Unterlagen bei. Mir ist bekannt, dass die angekreuzten Kriterien von der DGFDT-Prüfungskommission geprüft werden.

- Curriculum vitae
- Mitgliedschaft in der DGZMK (Mitglieds-Nr.) und der DGFDT
- Nachweis einer mindestens zweijährigen Weiterbildung nach dem Staatsexamen an einer von der DGFDT anerkannten Weiterbildungsstätte oder Nachweis einer mindestens vierjährigen Tätigkeit als Zahnarzt mit Schwerpunkt Funktionsdiagnostik und -therapie in Kombination mit intensiver theoretischer Weiterbildung (z.B. Curriculum „Funktion, Dysfunktion, CMD und Schmerz“) (Anlage 1)
- eidesstattliche Versicherung, mindestens 100 Patienten funktionsdiagnostisch und -therapeutisch betreut zu haben (Anlage 2a)
- Übersicht über die funktionstherapeutische Behandlung von 100 Patienten (Anlage 2b)
- Lückenlose Dokumentation der Diagnostik und funktionstherapeutischen Behandlung von zwanzig Patienten (Anlage 3)
- präsentationsfähige, ausführliche Dokumentation der abgeschlossenen Behandlung von fünf komplexen Patientenfällen, darunter mindestens 3 Rehabilitationsfälle (Anlage 4)
- zwei wissenschaftliche Publikationen bzw. Tagungsbeiträge (Anlage 5)
- aktive Teilnahme (Vorträge/Poster) an Fortbildungskursen und wissenschaftlichen Fachtagungen, speziell der Jahrestagung der DGFDT (Anlage 6)
- Nachweis über die Entrichtung der vom DGFDT-Vorstand festgelegten Prüfungsgebühr in Höhe von € 600,- auf das Geschäftskonto der DGFDT (IBAN: DE28 3006 0601 0004 2038 28, ApoBank Düsseldorf, Betreff: Prüfung Spezialist)

Weiterhin bestätige ich, dass alle gezeigten Röntgenaufnahmen mein Eigentum sind und die Fälle von mir allein verantwortlich betreut und ggf. behandelt worden sind. Behandlungsabschnitte, die überwiesen wurden, sind deutlich gekennzeichnet.

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass digitalisierte Bilder originär sind und nicht mit Bildbearbeitungssoftware jedweder Art bearbeitet wurden und dass die genannten Angaben der Wahrheit entsprechen.

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift Vor- und Nachname)