

Absender-Stempel

An die
Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern
Geschäftsführer

Wismarsche Str. 304

19055 SCHWERIN

Tätigkeitsschwerpunkt

Hiermit zeige ich an, dass ich neben meiner Berufsbezeichnung Zahnärztin/Zahnarzt den Tätigkeitsschwerpunkt

.....

führen und öffentlich ausweisen will.

Die Voraussetzungen hierfür sind dadurch gegeben,

- dass ich seit mehr als zwei Jahren schwerpunktmäßig in diesem Bereich arbeite und entsprechende Kenntnisse und Erfahrungen habe;
- dass ich auch derzeit über das (in einer allgemein-zahnärztlichen Praxis) übliche Ausmaß hinaus im Schwerpunkt tätig bin und das auch für die Zukunft vorhabe;
- dass ich eine gezielte und überdurchschnittliche eigene Fortbildung im Schwerpunkt nachweisen kann und mich um eine ständige Aktualisierung meines Kenntnisstandes bemühe.

Mir ist bekannt, dass ich nur bis zu drei personenbezogene Tätigkeitsschwerpunkte nebeneinander ausweisen darf und die Zahnärztekammer die Richtigkeit meiner Angaben zur nachhaltigen Tätigkeit und Fortbildung im Schwerpunkt jederzeit nachprüfen kann.

.....
Datum

.....
Unterschrift