

**Antrag auf Anerkennung der Berufsbezeichnung  
„Fachzahnarzt/Fachzahnärztin für Kieferorthopädie“  
gemäß § 42c ZÄG**

Persönliche Daten	
Vorname	
Zuname	
Geburtsname ( <i>allfällig</i> )	
Geburtsdatum	
Kontaktdaten	
Straße	
Postleitzahl	
Ort	
Telefon	
Mobiltelefon	
E-Mail	
Angaben zur zahnärztlichen Tätigkeit in Österreich (§ 6 Z 1 KFO-AV):	
Ich habe den zahnärztlichen Beruf innerhalb der letzten 10 Jahre zumindest 5 Jahre ausgeübt und war in dieser Zeit in der Zahnärzteliste eingetragen:	O Ja                      O Nein
Angaben zur <b>abgeschlossenen</b> kieferorthopädischen Ausbildung (§ 7 KFO-AV)	
Beginn der Ausbildung (TT/MM/JJJJ) ( <i>vor dem 1. September 2023</i> )	/ /
Anzahl der universitären ECTS-Punkte ( <i>nur auszufüllen, wenn zutreffend</i> )	
Fortbildungsdiplom Kieferorthopädie der ÖZÄK	O Ja                      O Nein
Angaben zur kieferorthopädischen Tätigkeit in <u>Österreich</u> (§ 8 KFO-AV)	
Überwiegende Ausübung der kieferorthopädischen Tätigkeit von mindestens drei Jahren in den letzten fünf Jahren (TT/MM/JJJJ bis TT/MM/JJJJ) ( <i>Zeilen 2 bis 6 sind nur bei Berufsunterbrechungen u.Ä. auszufüllen</i> )	1) ____ / ____ / ____ bis ____ / ____ / ____ 2) ____ / ____ / ____ bis ____ / ____ / ____ 3) ____ / ____ / ____ bis ____ / ____ / ____ 4) ____ / ____ / ____ bis ____ / ____ / ____ 5) ____ / ____ / ____ bis ____ / ____ / ____ 6) ____ / ____ / ____ bis ____ / ____ / ____
Ich habe innerhalb der letzten drei Jahre 150 kieferorthopädische Behandlungen erbracht ( <i>Bitte Nachweis beilegen siehe S. 2</i> ).	O Ja                      O Nein

Trifft eine der folgenden Angaben auf Sie zu? <i>(Bitte um Beilage der Unterlagen, die Ihre Auswahl belegen können.)</i>	
<input type="radio"/>	Ich verfüge über einen Abschluss einer mindestens dreijährigen berufsbegleitenden universitären kieferorthopädischen Ausbildung.
<input type="radio"/>	Ich verfüge über einen Abschluss einer mindestens dreijährigen universitären kieferorthopädischen Ausbildung im Angestelltenverhältnis auf Teilzeitbasis.
<input type="radio"/>	Ich verfüge über einen Abschluss einer mindestens 18-monatigen universitären kieferorthopädischen Ausbildung im Angestelltenverhältnis auf Vollzeitbasis.
<input type="radio"/>	Ich verfüge über eine Universitätsprofessur oder -dozentur im Fachgebiet Kieferorthopädie.
<input type="radio"/>	Ich habe eine kommissionelle Prüfung durch das European Board of Orthodontics oder durch das Austrian Board of Orthodontists absolviert.

Dem Antragsformular sind beizulegen:

- Liste der Geburtsdaten von 150 Patient:innen in Ihrer alleinigen kieferorthopädischen Behandlung innerhalb der letzten drei Jahre (mindestens 50 pro Jahr).

Dem Anmeldeformular beigelegt sind *(Zutreffendes bitte ankreuzen)*:

- Kopie der Abschlussunterlagen zur kieferorthopädischen Ausbildung (darauf ersichtlich das Datum des Beginns der Ausbildung und die gesammelten ECTS-Punkte).
- Kopie der Unterlagen, die Ihre Universitätsprofessur oder -dozentur im Fachgebiet Kieferorthopädie belegen.
- Kopie Ihres Prüfungszeugnisses des European Board of Orthodontics oder Austrian Board of Orthodontists (EBO/ABO).

Ich nehme zur Kenntnis, dass diese Angaben mittels EDV unter Berücksichtigung der DSGVO verarbeitet werden. Ich versichere, dass ich die obigen Angaben richtig und vollständig gemacht habe und nehme zur Kenntnis, dass wissentlich unrichtige Angaben strafbar sind.

Datum/Unterschrift:

Hinweis: Nach Überprüfung der Unterlagen werden wir Ihnen entweder ein Formular zur Prüfungsanmeldung oder das FZA-KFO-Diplom übermitteln.

Das ausgefüllte Anmeldeformular samt Anlagen können Sie postalisch (Österreichische Zahnärztekammer, Kohlmarkt 11/6, 1010 Wien) oder per E-Mail ([office@zahnaerztekammer.at](mailto:office@zahnaerztekammer.at)) übermitteln.