



MEDIZINISCHE
UNIVERSITÄT

INNSBRUCK

Logbuch Zahnmedizin

FÜR STUDIERENDE





Foto

Dieses Logbuch gehört

Jahrgang 20 __

Matrikelnummer

Name/Vorname

Allgemeines

Das Diplomstudium Zahnmedizin befähigt zur Ausübung des Berufs Zahnärztin/Zahnarzt. Die Ausbildung umfasst die Bereiche Wissen und Verständnis, klinische Fertigkeiten und Fähigkeiten, kommunikative und soziale Kompetenzen, ärztliche Haltung, berufsrelevante Kompetenzen und wissenschaftliche Forschung. Das Lehr- und Ausbildungsangebot umfasst wissenschaftliche Kenntnisvermittlung, praxisorientierte klinische Ausbildung, berufsvorbereitendes Training und Erziehung zu lebenslangem Lernen.

Das Studium der Zahnmedizin ist ein Diplomstudium. Der Studienbeginn erfolgt im Wintersemester, da die Pflichtlehrveranstaltungen in ihrer zeitlichen Abfolge mit Beginn des Wintersemesters inhaltlich aufeinander abgestimmt sind.

Das Diplomstudium Zahnmedizin hat eine Regeldauer von zwölf Semestern. Das Studium ist in drei Studienabschnitte gegliedert; davon umfasst der 1. Studienabschnitt zwei Semester, der 2. Studienabschnitt vier Semester und der 3. Studienabschnitt sechs Semester. Das Studium ist modular aufgebaut.

Im 3. Studienabschnitt absolvieren die Studierenden eine zahnmedizinisch-praktische Ausbildung im Rahmen eines 72-wöchigen Praktikums. Dabei wird den Studierenden die Möglichkeit einer kontinuierlichen und unmittelbar an der Patientin/am Patienten oder an geeigneten lebensnahen Modellen und Phantomen stattfindenden klinisch-praktischen Ausbildung geboten.

Die in Lehrveranstaltungen des 3. Studienabschnitts mit praktischen Inhalten bzw. in der zahnmedizinisch-praktischen Berufsvorbereitung zu erbringenden zahnärztlichen Leistungen werden in Leistungskatalogen festgelegt. Die Erfüllung der in den Leistungskatalogen festgelegten Leistungen ist den Studierenden von den Lehrenden zeitnah im von den Studierenden zu führenden Logbuch zu bestätigen und zur Erfolgsbeurteilung dieser Lehrveranstaltungen bzw. der zahnmedizinisch-praktischen Berufsvorbereitung heranzuziehen.

Die geltende Fassung von Leistungskatalogen wird den Studierenden am Beginn des Studienjahres bekanntgegeben und auf der Homepage der Medizinischen Universität Innsbruck verlaublich.

Allgemeines

EINSTIEGSPRÜFUNG FÜR DIE ZAHNMEDIZINISCH-PRAKTISCHE BERUFSVORBEREITUNG (72-WOCHENPRAKTIKUM)

Die Einstiegsprüfung für die zahnmedizinisch-praktische Berufsvorbereitung ist eine mündliche oder schriftliche Prüfung über die praktischen Lehrinhalte, welche für eine verantwortungsvolle Patientenbehandlung im Rahmen des 72-Wochenpraktikums notwendig sind. Voraussetzung ist die positive Absolvierung der Praktika (PR) und der Vorlesungen verbunden mit Übungen (VU) der Module Z3.14 und Z3.16. Die positive Absolvierung der Einstiegsprüfung ist Voraussetzung für die zahnmedizinisch-praktische Berufsvorbereitung im Rahmen der Module Konservierende Zahnheilkunde II und III, Zahnärztliche Prothetik II und III, Zahnärztliche Akut- und Notfälle I und II sowie Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie II.

72-WÖCHIGE ZAHNMEDIZINISCH-PRAKTISCHE BERUFSVORBEREITUNG

Die berufsvorbereitende zahnmedizinisch-praktische Ausbildung erfolgt im 3. Studienabschnitt und umfasst klinisch-praktisches Arbeiten im Ausmaß von mindestens 72 Wochen in den Hauptfächern des Studiums: Konservierende Zahnheilkunde (=Zahnerhaltungskunde einschließlich Prävention und Parodontologie), zahnärztliche Prothetik und dentale Technologien, Kieferorthopädie und Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie inklusive zahnärztliche Chirurgie. Es werden Kenntnisse und praktische Fertigkeiten erworben, welche im Rahmen der beruflichen zahnmedizinischen Tätigkeit an der Patientin/am Patienten erforderlich sind. Die Studierenden arbeiten überwiegend an Patientinnen/Patienten unter fachlicher Begleitung und Anleitung von Lehrenden der Universitätskliniken des Departments Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie.

Die berufsvorbereitende zahnmedizinisch-praktische Ausbildung wird auch in der lehrveranstaltungsfreien Zeit absolviert. Teile der berufsvorbereitend zahnmedizinisch-praktischen Ausbildung können auf Antrag der Studierenden/des Studierenden an die Vizerektorin/den Vizerektor für Lehre und Studienangelegenheiten auch an akkreditierten Stellen außerhalb der Medizinischen Universität Innsbruck absolviert werden, sofern solche externen Stellen durch das Rektorat der Medizinischen Universität Innsbruck in die zahnärztliche Ausbildung eingebunden werden.

PRAKTISCHE GESAMTPRÜFUNG ÜBER ZAHNMEDIZINISCH- PRAKTISCHE BERUFSVORBEREITUNG (72-WOCHENPRAKTIKUM)

In der praktischen Gesamtprüfung werden die praktischen Kenntnisse und die Fähigkeit der selbstständigen Durchführung zahnmedizinischer Behandlungen geprüft, die im Rahmen der zahnmedizinisch-praktischen Berufsvorbereitung (72- Wochenpraktikum) erworben wurden.

SCHWEIGEPFLICHT

Gemäß § 54 Abs 1 ÄrzteG sind Ärzte sowie deren Hilfspersonen grundsätzlich an die Verschwiegenheit über alle ihnen anvertrauten oder im Zusammenhang mit ihrer Tätigkeit bekannt gewordenen Geheimnissen verpflichtet.

Zur Kenntnis genommen:

Datum

Unterschrift der/des Studierenden

Inhaltsverzeichnis

Zahnerhaltung/ Zahnersatz

Phantomkurse und klinische Praktika	10
Leistungskatalog des 72-wöchigen Praktikums	13
Übernommene PatientInnen	14
Assistenzen	18
Lokalanästhesie	34
Mundhygiene	36
Parodontaltherapie	38
Kompositfüllungen	39
Amalgamfüllungen	49
Wurzelbehandlungen	52
Gussfüllungen	56
Verblendkronen (VMK)	58
Implantatkronen/implantatgestützte Hybridverankerung	60
Brückenglieder	62
Adhäsiv befestigte metallfreie Restaurationen	64
Totaler Zahnersatz (inkl. Hybridprothese)	66
Partieller Zahnersatz/Modellguss	68
Partieller Zahnersatz/Provisorische Teilprothese/Fliege/Immediatprothese	70
Reparaturen, Heiße Unterfütterungen	72
Gnathologische Untersuchungen	74
Axiographie	74
Kiefergelenksbehandlungen/Aufbissschiene	75
Leistungskatalog des 72-wöchigen Praktikums	75
Prüfungstestate Zahnerhaltung/Zahnersatz	77
Zulassungsvoraussetzung Zahnerhaltung/Zahnersatz	90

Kieferorthopädie

Praktika	92
Zulassungsvoraussetzung Kieferorthopädie + Kriterien-Skala	97

Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Lehrveranstaltungsprüfungen	100
Leistungserfordernisse	102
Ambulanz- und Stationstätigkeiten	103
Assistenz bei kieferchirurgischen Eingriffen	113
Selbständig durchgeführte dentoalveoläre Eingriffe	122
Zulassungsvoraussetzung – Kompetenzlevel Approbationsreife in der Oralen und Maxillofazialen Chirurgie	131
Röntgenbildanalyse	137
Famulatur	138
Praktische, studienabschließende Diplomprüfung MKG	140
Zulassungsvoraussetzung Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie + Kriterien-Skala	141



Zahnerhaltung/ Zahnersatz

LEISTUNGSKATALOG

- Phantomkurse und klinische Praktika
(7.-12. Semester)
- Zahnmedizinisch-praktische Berufsvorbereitung
(72-wöchiges Praktikum)
- Prüfungstestate

Phantomkurse und klinische Praktika

ZAHNERHALTUNG / ZAHNERSATZ

7. Semester

	1. Testat Note/am	1. WH Note/am	2. WH Note/am
<i>Sicherheitsunterweisung im zahnmedizinischen Labor Modul Z3.14</i>			
<i>Dreidimensionales Bearbeiten von Zähnen (vertiefender Kurs) Modul Z3.14</i>			
<i>Grundlagen der Zahnpräpa- ration (vertiefender Kurs) Modul Z3.14</i>			
<i>Amalgam - und Kompositfüllungen Modul Z3.14</i>			
<i>Endodontie Modul Z3.14</i>			
<i>Alginatabformung und Einartikulieren beim Bezahnten Modul Z3.16</i>			
<i>Abnehmbare Prothetik Modul Z3.16</i>	<i>Fortsetzung im 8. Semester</i>		

8. Semester

	1. Testat Note/am	1. WH Note/am	2. WH Note/am
<i>Abnehmbare Prothetik Modul Z3.16</i>			
<i>Okklusale Morphologie und Funktion-Aufwachskurs Modul Z3.16</i>			
<i>Goldkurs Modul Z3.16</i>			
<i>Ergonomie Modul Z3.14</i>			
<i>Prophylaxe und Parodontologie Modul Z3.14</i>			
<i>Behandlungsplan erstellen und praktisches Arbeiten im Saal Modul Z3.16</i>			
<i>Einstiegsprüfung für die zahnmedizinisch- praktische Berufsvorbereitung</i>			

9. Semester

	1. Testat Note/am	1. WH Note/am	2. WH Note/am
<i>Hybridprothetik Modul Z3.26</i>			

Phantomkurse und klinische Praktika

10. Semester

	1. Testat Note/am	1. WH Note/am	2. WH Note/am
<i>Einführung in die Implantat-Prothetik Modul Z3.26</i>			
<i>Kinderzahnheilkunde Modul Z3.24</i>			
<i>CAD/CAM Techniken in der Zahnheilkunde Teil 1 Modul Z3.26</i>			
<i>Zentrikschiene Modul Z3.26</i>			

11. Semester

	1. Testat Note/am	1. WH Note/am	2. WH Note/am
<i>CAD/CAM Techniken in der Zahnheilkunde Teil 2 Modul Z3.36</i>			
<i>Festsitzende Prothetik (Präparation, Abformung und Provisorienherstellung – Gold/Keramik) Modul Z3.36</i>			
<i>Maschinelle Wurzelkanalaufbereitung Modul Z3.34</i>			

Leistungskatalog des 72-wöchigen Praktikums

in Zahnerhaltung/Zahnersatz selbstständig durchgeführt

<i>Mundhygieneprogramm initial (1 Student + 1 Patient)</i>	2	
Mundhygiene	6	
Parodontaltherapie	2	
Plastische Füllungen (Kompositfüllungen, Amalgam) davon, wenn möglich, 60 Flächen Amalgam	200 Flächen	
Wurzelbehandlungen (Endodontie)	30 Kanäle	
Festsitzender Zahnersatz		
<i>Inlays, Onlays, Stiftaufbauten (mind. 1 Inlay, 1 Onlay, 1 Stiftaufbau)</i>	40 Flächen	
<i>Vollgusskrone, Onlay, Doppelkrone (à 5 Flächen), Wurzelkappe (2 Flächen), gegossener Stift (1 Fläche/Kanal)</i>		
<i>Vollkeramikkrone (5 Flächen)</i>		
<i>Verblendkrone (VMK) (5 Flächen)</i>		
<i>Implantatkrone (3 Flächen)</i>		
<i>Pontic (2 Flächen)</i>		
<i>Implantatgestützte Verankerung von Hybridprothesen (2 Flächen/Implantat)</i>		
Abnehmbarer Zahnersatz		
<i>Totalprothese (inkl. Hybridprothese) (mind. 2)</i>	15	
<i>Modellgussprothese (mind. 5)</i>		
<i>Immediatprothese (2 Imm P ~ 1 Totalp.)</i>		
<i>Klammerprothese (1 1/2 KP ~ 1 Totalp.)</i>		
<i>Fliege (3 Fl ~ 1 Totalp. oder 1 Fl = 2 Prothesenreparaturen)</i>		
<i>Reparaturen, heiße Unterfütterung</i>	10	
Gnathologie		
<i>Funktionsanalyse (Axiographie)</i>	1	
<i>Aufbissschiene</i>	3	

Die geltende Fassung von Leistungskatalogen wird den Studierenden am Beginn des Studienjahres bekanntgegeben und auf der Homepage der Medizinischen Universität Innsbruck verlaublicht.

Übernommene PatientInnen

<i>Patient- Innen ID</i>	<i>übernommen</i>		<i>Behand- lungsplan vidiert von</i>	<i>Entlassung</i>	
	<i>am</i>	<i>von Saaldienst</i>		<i>am</i>	<i>Testat</i>

Patient- Innen ID	übernommen		Behand- lungsplan vidiert von	Entlassung	
	am	von Saaldienst		am	Testat

Übernommene PatientInnen

<i>Patient- Innen ID</i>	<i>übernommen</i>		<i>Behand- lungsplan vidiert von</i>	<i>Entlassung</i>	
	<i>am</i>	<i>von Saaldienst</i>		<i>am</i>	<i>Testat</i>

Patient- Innen ID	übernommen		Behand- lungsplan vidiert von	Entlassung	
	am	von Saaldienst		am	Testat

Assistenzen

<i>Patient-Innen ID</i>	<i>Datum</i>	<i>Assistenz bei ... Tätigkeit</i>	<i>Assistenz bei ... Studierenden</i>	<i>Zeitaufwand</i>

<i>Patient- Innen ID</i>	<i>Datum</i>	<i>Assistenz bei ... Tätigkeit</i>	<i>Assistenz bei ... Studierenden</i>	<i>Zeitaufwand</i>

Assistenzen

<i>Patient- Innen ID</i>	<i>Datum</i>	<i>Assistenz bei ... Tätigkeit</i>	<i>Assistenz bei ... Studierenden</i>	<i>Zeitaufwand</i>

Patient- Innen ID	Datum	Assistenz bei ... Tätigkeit	Assistenz bei ... Studierenden	Zeitaufwand

Assistenzen

<i>Patient- Innen ID</i>	<i>Datum</i>	<i>Assistenz bei ... Tätigkeit</i>	<i>Assistenz bei ... Studierenden</i>	<i>Zeitaufwand</i>

<i>Patient-Innen ID</i>	<i>Datum</i>	<i>Assistenz bei ... Tätigkeit</i>	<i>Assistenz bei ... Studierenden</i>	<i>Zeitaufwand</i>

Assistenzen

<i>Patient- Innen ID</i>	<i>Datum</i>	<i>Assistenz bei ... Tätigkeit</i>	<i>Assistenz bei ... Studierenden</i>	<i>Zeitaufwand</i>

<i>Patient- Innen ID</i>	<i>Datum</i>	<i>Assistenz bei ... Tätigkeit</i>	<i>Assistenz bei ... Studierenden</i>	<i>Zeitaufwand</i>

Assistenzen

<i>Patient- Innen ID</i>	<i>Datum</i>	<i>Assistenz bei ... Tätigkeit</i>	<i>Assistenz bei ... Studierenden</i>	<i>Zeitaufwand</i>

<i>Patient- Innen ID</i>	<i>Datum</i>	<i>Assistenz bei ... Tätigkeit</i>	<i>Assistenz bei ... Studierenden</i>	<i>Zeitaufwand</i>

Assistenzen

<i>Patient- Innen ID</i>	<i>Datum</i>	<i>Assistenz bei ... Tätigkeit</i>	<i>Assistenz bei ... Studierenden</i>	<i>Zeitaufwand</i>

<i>Patient- Innen ID</i>	<i>Datum</i>	<i>Assistenz bei ... Tätigkeit</i>	<i>Assistenz bei ... Studierenden</i>	<i>Zeitaufwand</i>

Assistenzen

<i>Patient- Innen ID</i>	<i>Datum</i>	<i>Assistenz bei ... Tätigkeit</i>	<i>Assistenz bei ... Studierenden</i>	<i>Zeitaufwand</i>

<i>Patient- Innen ID</i>	<i>Datum</i>	<i>Assistenz bei ... Tätigkeit</i>	<i>Assistenz bei ... Studierenden</i>	<i>Zeitaufwand</i>

Assistenzen

<i>Patient- Innen ID</i>	<i>Datum</i>	<i>Assistenz bei ... Tätigkeit</i>	<i>Assistenz bei ... Studierenden</i>	<i>Zeitaufwand</i>

<i>Patient- Innen ID</i>	<i>Datum</i>	<i>Assistenz bei ... Tätigkeit</i>	<i>Assistenz bei ... Studierenden</i>	<i>Zeitaufwand</i>

Lokalanästhesie gelegt unter Aufsicht

INFILTRATIONSANÄSTHESIE (MINDESTENS 5)

<i>Patient- Innen ID</i>	<i>Datum</i>	<i>Testat</i>

LEITUNGSANÄSTHESIE (MINDESTENS 5)

<i>Patient- Innen ID</i>	<i>Datum</i>	<i>Testat</i>

Mundhygiene

<i>Patient- Innen ID</i>	<i>PGU</i>	<i>Datum</i>	<i>Testat</i>

<i>Patient- Innen ID</i>	<i>PGU</i>	<i>Datum</i>	<i>Testat</i>

Parodontaltherapie

Patient- Innen ID	Diagnostik	MHG Abtestat	Basistherapie			
			QU 1.	QU 2.	QU 3.	QU 4.
Reevaluation	1. Recall	2. Recall	3. Recall	4. Recall	5. Recall	6. Recall
<i>Entlassung am:</i>			<i>Unterschrift:</i>			

Patient- Innen ID	Diagnostik	MHG Abtestat	Basistherapie			
			QU 1.	QU 2.	QU 3.	QU 4.
Reevaluation	1. Recall	2. Recall	3. Recall	4. Recall	5. Recall	6. Recall
<i>Entlassung am:</i>			<i>Unterschrift:</i>			

Patient- Innen ID	Diagnostik	MHG Abtestat	Basistherapie			
			QU 1.	QU 2.	QU 3.	QU 4.
Reevaluation	1. Recall	2. Recall	3. Recall	4. Recall	5. Recall	6. Recall
<i>Entlassung am:</i>			<i>Unterschrift:</i>			

Patient- Innen ID	Diagnostik	MHG Abtestat	Basistherapie			
			QU 1.	QU 2.	QU 3.	QU 4.
Reevaluation	1. Recall	2. Recall	3. Recall	4. Recall	5. Recall	6. Recall
<i>Entlassung am:</i>			<i>Unterschrift:</i>			

Kompositfüllungen

<i>Patient- Innen ID</i>	<i>Zahn</i>	<i>Flächen</i>	<i>Anlegen von Kofferdam</i>	<i>Kavität</i>	<i>Füllung</i>

Flächen gesamt

Kompositfüllungen

<i>Patient-Innen ID</i>	<i>Zahn</i>	<i>Flächen</i>	<i>Anlegen von Kofferdam</i>	<i>Kavität</i>	<i>Füllung</i>

Flächen gesamt

Kompositfüllungen

<i>Patient- Innen ID</i>	<i>Zahn</i>	<i>Flächen</i>	<i>Anlegen von Kofferdam</i>	<i>Kavität</i>	<i>Füllung</i>
<i>Flächen gesamt</i>					

Kompositfüllungen

<i>Patient- Innen ID</i>	<i>Zahn</i>	<i>Flächen</i>	<i>Anlegen von Kofferdam</i>	<i>Kavität</i>	<i>Füllung</i>

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

Flächen gesamt

Kompositfüllungen

<i>Patient-Innen ID</i>	<i>Zahn</i>	<i>Flächen</i>	<i>Anlegen von Kofferdam</i>	<i>Kavität</i>	<i>Füllung</i>

Flächen gesamt



Kompositfüllungen

<i>Patient- Innen ID</i>	<i>Zahn</i>	<i>Flächen</i>	<i>Anlegen von Kofferdam</i>	<i>Kavität</i>	<i>Füllung</i>

Flächen gesamt

Amalgamfüllungen

<i>Patient- Innen ID</i>	<i>Zahn</i>	<i>Flächen</i>	<i>Kavität</i>	<i>Unterfüllung</i>	<i>Füllung</i>
<i>Flächen gesamt</i>					

Amalgamfüllungen

Patient- Innen ID	Zahn	Flächen	Kavität	Unterfüllung	Füllung
<i>Flächen gesamt</i>					

Gussfüllungen

STIFTAUFBAU, INLAY, ONLAY, VOLLGUSSKRONE, WURZELKAPPE

<i>Patient- Innen ID</i>	<i>Zahn</i>	<i>Restauration</i>	<i>Flächen</i>	<i>Präparation</i>

Flächen gesamt

--

<i>Abformung</i>	<i>Provisorium</i>	<i>Modell/ Modell- zuordnung</i>	<i>Probe vor Zementieren</i>	<i>Testat/ Datum</i>

Verblendkronen VMK

<i>Patient- Innen ID</i>	<i>Zahn</i>	<i>Präparation</i>	<i>Flächen</i>	<i>Abformung</i>	<i>Provisorium</i>
<i>Flächen gesamt</i>					

<i>Modell/ Modell- zuordnung</i>	<i>Farbbestimmung</i>	<i>Probe vor Zementieren</i>	<i>Testat/ Datum</i>

Implantatkronen/implantat- gestützte Hybridverankerung

<i>Patient- Innen ID</i>	<i>Regio</i>	<i>Flächen</i>	<i>Abformpfosten und individu- eller Löffel</i>	<i>Abformung</i>

Flächen gesamt

<i>Modell/ Modellzuordnung</i>	<i>Farbbestimmung</i>	<i>Anprobe</i>	<i>Testat/ Datum</i>

Brückenglieder

Patient- Innen ID	Zu ersetzende Zähne	Flächen	Farbbestimmung

Flächen gesamt

--

<i>Gerüstprobe</i>	<i>Probe vor Zementieren</i>	<i>Testat/ Datum</i>

Adhäsiv befestigte metallfreie Restaurationen

KERAMIKINLAY-ONLAY-KRONE

<i>Patient- Innen ID</i>	<i>Zahn</i>	<i>Restauration</i>	<i>Flächen</i>	<i>Präparation</i>

Flächen gesamt

--

<i>Abformung</i>	<i>Provisorium</i>	<i>Modell/ Modell- zuordnung</i>	<i>Farb- bestim- mung</i>	<i>Probe vor Zementieren</i>	<i>Testat/ Datum</i>

Totaler Zahnersatz

INKL. HYBRIDPROTHESE

<i>Patient- Innen ID</i>	<i>OK/UK</i>	<i>Anatom. Abfor- mung</i>	<i>Indivi- dueller Löffel</i>	<i>Funk- tions- abfor- mung</i>	<i>Meister- modell</i>	<i>Wachs- wälle und Modellzu- ordnung</i>

Zahn- farbe/ Zahn- form	Aufstel- lung/ Wachs- probe	Tech- nische Fertig- stellung	Über- gabe/ Datum	Re- montage	Nach- sorge	Testat- und Entlas- sungs- datum	

Prothesen gesamt

Partieller Zahnersatz/Modellguss

<i>Patient- Innen ID</i>	<i>OK/UK</i>	<i>Studien- modelle</i>	<i>Ein- schleifen der Aufleger</i>	<i>Abformung</i>	<i>Meister- modell/ Modell- zuordnung</i>

Skelett- probe	Zahnfarbe/ Zahnform	Wachs- probe	Über- gabe/ Datum	Nach- sorge	Testat/ Datum	

Prothesen gesamt

Partieller Zahnersatz/ Provisorische Teilprothese/ Fliege/Immediatprothese

<i>Patient- Innen ID</i>	<i>OK/UK</i>	<i>Art der Versorgung</i>	<i>Zahl zu ersetzender Zähne</i>	<i>Abformung</i>	<i>Modelle/ Modellzu- ordnung</i>

<i>Zahnfarbe/ Zahnform</i>	<i>Fertigstellung</i>	<i>Übergabe/ Datum</i>	<i>Nach- sorge</i>	<i>Testat/ Datum</i>	

Reparaturen, Heiße Unterfütterungen

INKL. REMONTAGE

<i>Patient- Innen ID</i>	<i>Art der Behandlung</i>	<i>Abformung</i>	<i>Fertigstellung</i>

<i>Übergabe/Datum</i>	<i>Remontage</i>	<i>Testat/Datum</i>	

Gesamt _____

ZAHNERHALTUNG/ZAHNERSATZ

KIEFERORTHOPÄDIE

MUND-KIEFER- UND GESICHTSCHIRURGIE

Gnathologische Untersuchungen

Patient- Innen ID	Art der Untersuchung				Testat/ Datum	
	<i>Klinische Funktions analyse & Muskelpal- pation</i>	<i>Modelle/ Modell- zuordnung</i>	<i>Fern RÖ und Analyse</i>	<i>KG RÖ</i>		

Gesamt _____

Axiographie

Patient- Innen ID	Montage des Axiographen	Achsenpunkt- lokalisierung	Auswertung der Kurven	Testat/ Datum	

Gesamt _____

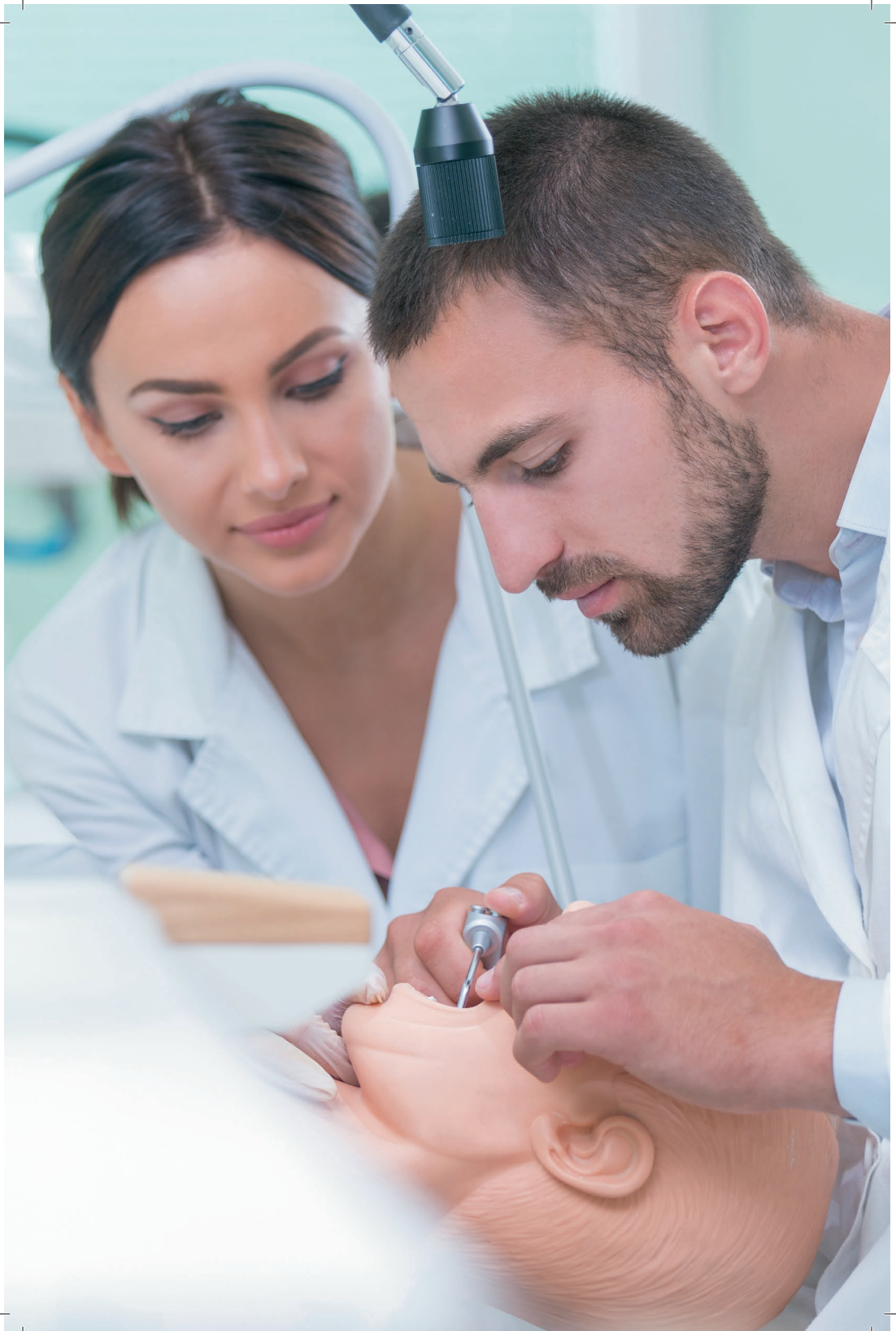
Kiefergelenksbehandlungen / Aufbisschiene

<i>Patient- Innen ID</i>	<i>Art der Be- handlung</i>	<i>Modelle/ Modellzu- ordnung</i>	<i>Übergabe Schiene/ Datum</i>	<i>Nach- sorge</i>	<i>Testat/ Datum</i>	

Gesamt _____

**LEISTUNGSKATALOG DES 72-WÖCHIGEN
PRAKTIKUMS ERFÜLLT**

am _____ Bestätigung _____



Prüfungstestate

Zahnerhaltung/Zahnersatz

Jeweils die letzten Leistungen vom zu erbringenden Leistungskatalog
Individuelle Auswahl der PatientInnen durch den/die Studierenden

- 1 Mundhygiene
- 2 Kompositfüllungen
- 2 Amalgamfüllungen
- 2 Wurzelbehandlungen
- 2 Festsitzend – prothetische Restaurationen
(wahlweise Inlay, Onlay, Krone/Brücke)
- 1 Herausnehmbarer Zahnersatz
(Totalprothese, Hybridprothese oder Modellgussprothese)
- 1 Aufbissschiene

Jede Leistung wird anhand von 4 Kriterien beurteilt. Pro Kriterium können maximal 2 Punkte vergeben werden, also $2 \times 4 = 8$ Punkte gesamt. Folgender Notenschlüssel ergibt sich daraus: 8 Punkte = Note 1 6 Punkte = Note 3 ≤ 4 Punkte = Note 5
7 Punkte = Note 2 5 Punkte = Note 4

Prüfungstestate

1. MUNDHYGIENE (MINDESTENS 10 ZÄHNE)

PatientInnen ID	Benotung
Kriterien der Leistungsbeurteilung	
<i>PI ≤ 20% in OK und UK</i>	
<i>GI ≤ 20% in OK und UK</i>	
<i>Zahnstein vollständig entfernt</i>	
<i>Verfärbungen vollständig entfernt</i>	
Datum:	Unterschrift:

MUNDHYGIENE (MINDESTENS 10 ZÄHNE)

PatientInnen ID	Benotung
Kriterien der Leistungsbeurteilung	
<i>PI ≤ 20% in OK und UK</i>	
<i>GI ≤ 20% in OK und UK</i>	
<i>Zahnstein vollständig entfernt</i>	
<i>Verfärbungen vollständig entfernt</i>	
Datum:	Unterschrift:

Plastische Füllungen (Komposit, Amalgam)

1. KOMPOSITFÜLLUNG (MIND. 2 FLÄCHEN FÜLLUNG, MIT APPROXIMALKONTAKT UND GEGENBISS)

<i>PatientInnen ID</i>	<i>Zahn</i>	<i>Flächen</i>	<i>Kavität</i>	<i>Restauration</i>	<i>Benotung</i>
Kriterien der Leistungsbeurteilung					
Kavität			Restauration		
<i>Nachbarzähne unverletzt, Karies vollständig entfernt</i>			<i>Anatomische Form und physiologische Okklusion (Zentrik und Exzentrik)</i>		
<i>definierte Abschrägung</i>			<i>Stufenlose Ränder</i>		
<i>Defektorientierte Präparation (zahnschutzschonend)</i>			<i>Approximale Kontaktpunkte vorhanden und durchgängig</i>		
<i>Kofferdam lege artis</i>			<i>Glatte Hochglanzpolitur</i>		
Datum:			Unterschrift:		

2. KOMPOSITFÜLLUNG (MIND. 2 FLÄCHEN FÜLLUNG, MIT APPROXIMALKONTAKT UND GEGENBISS)

<i>PatientInnen ID</i>	<i>Zahn</i>	<i>Flächen</i>	<i>Kavität</i>	<i>Restauration</i>	<i>Benotung</i>
Kriterien der Leistungsbeurteilung					
Kavität			Restauration		
<i>Nachbarzähne unverletzt, Karies vollständig entfernt</i>			<i>Anatomische Form und physiologische Okklusion (Zentrik und Exzentrik)</i>		
<i>definierte Abschrägung</i>			<i>Stufenlose Ränder</i>		
<i>Defektorientierte Präparation (zahnschutzschonend)</i>			<i>Approximale Kontaktpunkte vorhanden und durchgängig</i>		
<i>Kofferdam lege artis</i>			<i>Glatte Hochglanzpolitur</i>		
Datum:			Unterschrift:		

KOMPOSITFÜLLUNG (MIND. 2 FLÄCHEN FÜLLUNG,
MIT APPROXIMALKONTAKT UND GEGENBISS)

<i>PatientInnen ID</i>	<i>Zahn</i>	<i>Flächen</i>	<i>Kavität</i>	<i>Restauration</i>	<i>Benotung</i>
Kriterien der Leistungsbeurteilung					
Kavität			Restauration		
<i>Nachbarzähne unverletzt, Karies vollständig entfernt</i>			<i>Anatomische Form und physiologische Okklusion (Zentrik und Exzentrik)</i>		
<i>definierte Abschrägung</i>			<i>Stufenlose Ränder</i>		
<i>Defektorientierte Präparation (zahnschutzschonend)</i>			<i>Approximale Kontaktpunkte vorhanden und durchgängig</i>		
<i>Kofferdam lege artis</i>			<i>Glatte Hochglanzpolitur</i>		
Datum:			Unterschrift:		

1. AMALGAMFÜLLUNG (MIND. 2 FLÄCHEN FÜLLUNG,
MIT APPROXIMALKONTAKT UND GEGENBISS)

<i>PatientInnen ID</i>	<i>Zahn</i>	<i>Flächen</i>	<i>Kavität</i>	<i>Restauration</i>	<i>Benotung</i>
Kriterien der Leistungsbeurteilung					
Kavität			Restauration		
<i>Nachbarzähne unverletzt, Karies vollständig entfernt</i>			<i>Anatomische Form und physiologische Okklusion (Zentrik und Exzentrik)</i>		
<i>Retentionsform</i>			<i>Stufenlose Ränder</i>		
<i>Widerstandsform</i>			<i>Approximale Kontaktpunkte vorhanden und durchgängig</i>		
<i>Eindeutige Präparations- grenzen inkl. ungestützte Schmelzprismen entfernt</i>			<i>Glatte Hochglanzpolitur</i>		
Datum:			Unterschrift:		

2. AMALGAMFÜLLUNG (MIND. 2 FLÄCHEN FÜLLUNG, MIT APPROXIMALKONTAKT UND GEGENBISS)

<i>PatientInnen ID</i>	<i>Zahn</i>	<i>Flächen</i>	<i>Kavität</i>	<i>Restauration</i>	<i>Benotung</i>
Kriterien der Leistungsbeurteilung					
Kavität			Restauration		
<i>Nachbarzähne unverletzt, Karies vollständig entfernt</i>			<i>Anatomische Form und physiologische Okklusion (Zentrik und Exzentrik)</i>		
<i>Retentionsform</i>			<i>Stufenlose Ränder</i>		
<i>Widerstandsform</i>			<i>Approximale Kontaktpunkte vorhanden und durchgängig</i>		
<i>Eindeutige Präparationsgrenzen inkl. ungestützte Schmelzprismen entfernt</i>			<i>Glatte Hochglanzpolitur</i>		
Datum:			Unterschrift:		

AMALGAMFÜLLUNG (MIND. 2 FLÄCHEN FÜLLUNG, MIT APPROXIMALKONTAKT UND GEGENBISS)

<i>PatientInnen ID</i>	<i>Zahn</i>	<i>Flächen</i>	<i>Kavität</i>	<i>Restauration</i>	<i>Benotung</i>
Kriterien der Leistungsbeurteilung					
Kavität			Restauration		
<i>Nachbarzähne unverletzt, Karies vollständig entfernt</i>			<i>Anatomische Form und physiologische Okklusion (Zentrik und Exzentrik)</i>		
<i>Retentionsform</i>			<i>Stufenlose Ränder</i>		
<i>Widerstandsform</i>			<i>Approximale Kontaktpunkte vorhanden und durchgängig</i>		
<i>Eindeutige Präparationsgrenzen inkl. ungestützte Schmelzprismen entfernt</i>			<i>Glatte Hochglanzpolitur</i>		
Datum:			Unterschrift:		

Wurzelbehandlung

1. WURZELBEHANDLUNG

(OFFENE ZUGANGSKAVITÄT/ ABGEFLAMMTE WURZELFÜLLUNG)

<i>PatientInnen ID</i>	<i>Zahn</i>	<i>Kanäle</i>	<i>Zugangs- kavität</i>	<i>Füllungs- röntgen</i>	<i>Benotung</i>
Kriterien der Leistungsbeurteilung					
<i>Zugangskavität regelrecht in Form und Ausdehnung</i>					
<i>Aufbereitung konisch der Kanalanatomie entsprechend</i>					
<i>Wurzelfüllung bis Foramen physiologicum</i>					
<i>Dichte Füllung</i>					
Datum:			Unterschrift:		

2. WURZELBEHANDLUNG

(OFFENE ZUGANGSKAVITÄT/ ABGEFLAMMTE WURZELFÜLLUNG)

<i>PatientInnen ID</i>	<i>Zahn</i>	<i>Kanäle</i>	<i>Zugangs- kavität</i>	<i>Füllungs- röntgen</i>	<i>Benotung</i>
Kriterien der Leistungsbeurteilung					
<i>Zugangskavität regelrecht in Form und Ausdehnung</i>					
<i>Aufbereitung konisch der Kanalanatomie entsprechend</i>					
<i>Wurzelfüllung bis Foramen physiologicum</i>					
<i>Dichte Füllung</i>					
Datum:			Unterschrift:		

WURZELBEHANDLUNG
(OFFENE ZUGANGSKAVITÄT/ ABGEFLAMMTE WURZELFÜLLUNG)

<i>PatientInnen ID</i>	<i>Zahn</i>	<i>Kanäle</i>	<i>Zugangs- kavität</i>	<i>Füllungs- röntgen</i>	<i>Benotung</i>
Kriterien der Leistungsbeurteilung					
<i>Zugangskavität regelrecht in Form und Ausdehnung</i>					
<i>Aufbereitung konisch der Kanalanatomie entsprechend</i>					
<i>Wurzelfüllung bis Foramen physiologicum</i>					
<i>Dichte Füllung</i>					
Datum:			Unterschrift:		

Festsitzend – prothetische Restaurationen

1. FESTSITZEND-PROTHETISCHE RESTAURATION (GOLD/ KERAMIK)

PatientInnen ID	Zahn/Art der Versorgung	Präparation	Fertige Restauration	Benotung
Kriterien der Leistungsbeurteilung				
Präparation		Restauration		
<i>Nachbarzähne unverletzt, Karies vollständig entfernt</i>		<i>Anatomische Form und physiologische Okklusion (Zentrik und Exzentrik)</i>		
<i>Ausreichende okklusale Reduktion, substanz- schonend präpariert</i>		<i>Stufenlose Ränder</i>		
<i>Präparation retentiv, nicht unter sich gehend</i>		<i>Approximale Kontaktpunkte vorhanden und durchgängig</i>		
<i>Definierter, glatter (abgeschrägter) Präparationsrand</i>		<i>Zementreste vollständig entfernt, Ränder poliert</i>		
Datum:		Unterschrift:		

2. FESTSITZEND-PROTHETISCHE RESTAURATION (GOLD/ KERAMIK)

PatientInnen ID	Zahn/Art der Versorgung	Präparation	Fertige Restauration	Benotung
Kriterien der Leistungsbeurteilung				
Präparation		Restauration		
<i>Nachbarzähne unverletzt, Karies vollständig entfernt</i>		<i>Anatomische Form und physiologische Okklusion (Zentrik und Exzentrik)</i>		
<i>Ausreichende okklusale Reduktion, substanzschonend präpariert</i>		<i>Stufenlose Ränder</i>		
<i>Präparation retentiv, nicht unter sich gehend</i>		<i>Approximale Kontaktpunkte vorhanden und durchgängig</i>		
<i>Definierter, glatter (abgeschrägter) Präparationsrand</i>		<i>Zementreste vollständig entfernt, Ränder poliert</i>		
Datum:		Unterschrift:		

FESTSITZEND-PROTHETISCHE RESTAURATION (GOLD/ KERAMIK)

PatientInnen ID	Zahn/Art der Versorgung	Präparation	Fertige Restauration	Benotung
Kriterien der Leistungsbeurteilung				
Präparation		Restauration		
<i>Nachbarzähne unverletzt, Karies vollständig entfernt</i>		<i>Anatomische Form und physiologische Okklusion (Zentrik und Exzentrik)</i>		
<i>Ausreichende okklusale Reduktion, substanzschonend präpariert</i>		<i>Stufenlose Ränder</i>		
<i>Präparation retentiv, nicht unter sich gehend</i>		<i>Approximale Kontaktpunkte vorhanden und durchgängig</i>		
<i>Definierter, glatter (abgeschrägter) Präparationsrand</i>		<i>Zementreste vollständig entfernt, Ränder poliert</i>		
Datum:		Unterschrift:		

Herausnehmbarer Zahnersatz (mind. 2 Wochen nach Übergabe)

TOTALPROTHESE

PatientInnen ID	Benotung
Kriterien der Leistungsbeurteilung	
<i>Stabiler Sitz und guter Halt</i>	
<i>Gleichmäßige Okklusion in Zentrik, Front-Eckzahnführung ohne Störkontakte</i>	
<i>Prothetisch korrekte Okklusionsebene, richtige vertikale Dimension, ästhetische Zahnaufstellung</i>	
<i>Keine scharfen Ränder, Bändchenpassagen freigeschliffen</i>	
Zwischenschritte bei Prothesenherstellung kontrolliert	
<i>Erstabformung</i>	
<i>Funktionsabformung</i>	
<i>Bestimmung der vertikalen und horizontalen Kieferrelation</i>	
<i>Wachsprobe</i>	
Datum:	Unterschrift:

TOTALPROTHESE

PatientInnen ID	Benotung
Kriterien der Leistungsbeurteilung	
<i>Stabiler Sitz und guter Halt</i>	
<i>Gleichmäßige Okklusion in Zentrik, Front-Eckzahnführung ohne Störkontakte</i>	
<i>Prothetisch korrekte Okklusionsebene, richtige vertikale Dimension, ästhetische Zahnaufstellung</i>	
<i>Keine scharfen Ränder, Bändchenpassagen freigeschliffen</i>	
Zwischenschritte bei Prothesenherstellung kontrolliert	
<i>Erstabformung</i>	
<i>Funktionsabformung</i>	
<i>Bestimmung der vertikalen und horizontalen Kieferrelation</i>	
<i>Wachsprobe</i>	
Datum:	Unterschrift:

MODELLGUSSPROTHESE

PatientInnen ID	Benotung
Kriterien der Leistungsbeurteilung	
<i>Prothese</i>	
<i>Stabiler Sitz und guter Halt</i>	
<i>Gleichmäßige Okklusion in Zentrik, keine okklusalen Kontakte auf den Auflegern</i>	
<i>Achsen gerechte Retentionselemente (2 laterale oder 1 zentraler Aufleger pro Zahn), Aufleger lege artis präpariert</i>	
<i>Keine scharfen Ränder, korrekte Ausdehnung der Prothesensättel</i>	
Zwischenschritte bei Modellgussprothesen kontrolliert	
<i>Vorbehandlung</i>	
<i>Planung</i>	
<i>Einschleifen der Aufleger</i>	
<i>Abformung</i>	
<i>Gerüstkontrolle</i>	
Datum:	Unterschrift:

MODELLGUSSPROTHESE

PatientInnen ID	Benotung
Kriterien der Leistungsbeurteilung	
<i>Prothese</i>	
<i>Stabiler Sitz und guter Halt</i>	
<i>Gleichmäßige Okklusion in Zentrik, keine okklusalen Kontakte auf den Auflegern</i>	
<i>Achsen gerechte Retentionselemente (2 laterale oder 1 zentraler Aufleger pro Zahn), Aufleger lege artis präpariert</i>	
<i>Keine scharfen Ränder, korrekte Ausdehnung der Prothesensättel</i>	
Zwischenschritte bei Modellgussprothesen kontrolliert	
<i>Vorbehandlung</i>	
<i>Planung</i>	
<i>Einschleifen der Aufleger</i>	
<i>Abformung</i>	
<i>Gerüstkontrolle</i>	
Datum:	Unterschrift:

AUFBISSSCHIENE

PatientInnen ID	Benotung
Kriterien der Leistungsbeurteilung	
<i>Stabiler Sitz</i>	
<i>Guter Halt</i>	
<i>Gleichmäßige Okklusion in Zentrik, Front-Eckzahnführung ohne Störkontakte</i>	
<i>Keine scharfen Ränder</i>	
Datum:	Unterschrift:

AUFBISSSCHIENE

PatientInnen ID	Benotung
Kriterien der Leistungsbeurteilung	
<i>Stabiler Sitz</i>	
<i>Guter Halt</i>	
<i>Gleichmäßige Okklusion in Zentrik, Front-Eckzahnführung ohne Störkontakte</i>	
<i>Keine scharfen Ränder</i>	
Datum:	Unterschrift:

ZULASSUNGSVORAUSSETZUNG ZAHNERHALTUNG/ZAHNERSATZ

Die Zulassungsvoraussetzungen aus dem Fachgebiet
Zahnerhaltung/Zahnersatz sind erfüllt.

Datum

Name der/des Beurteilenden

Unterschrift, Stempel der/des Beurteilenden

Kieferorthopädie



Praktika

KIEFERORTHOPÄDIE II – PR MODUL Z3.30

Herstellung einer Dehnplatte mit vier Halteelementen, Labialbügel und Dehnschraube

Datum

Testat

lernend kompetent routiniert

Digitale Durchzeichnung seitlicher Fernröntgen

Datum

Testat

lernend kompetent routiniert

Digitale Durchzeichnung seitlicher Fernröntgen

Datum

Testat

lernend kompetent routiniert

Digitale Durchzeichnung seitlicher Fernröntgen

Datum

Testat

lernend kompetent routiniert

Digitale Durchzeichnung seitlicher Fernröntgen

Datum

Testat

lernend kompetent routiniert

KIEFERORTHOPÄDIE II – PR MODUL Z3.30

Fallplanung Bleibendes Gebiss 1

Datum

Testat

lernend kompetent routiniert

Fallplanung Bleibendes Gebiss 2

Datum

Testat

lernend kompetent routiniert

Fallplanung Wechselgebiss 1

Datum

Testat

lernend kompetent routiniert

Fallplanung Wechselgebiss 2

Datum

Testat

lernend kompetent routiniert

KIEFERORTHOPÄDIE II – PR MODUL Z3.30

Transpalatinalbogen biegen 1

Datum

Testat

lernend *kompetent* *routiniert*

Transpalatinalbogen biegen 2

Datum

Testat

lernend *kompetent* *routiniert*

Transpalatinalbogen biegen 3

Datum

Testat

lernend *kompetent* *routiniert*

KIEFERORTHOPÄDIE II – PR MODUL Z3.30

Lingualbogen biegen 1

Datum

Testat

lernend *kompetent* *routiniert*

Lingualbogen biegen 2

Datum

Testat

lernend *kompetent* *routiniert*

KIEFERORTHOPÄDIE II – PR MODUL Z3.30

Loop-Bogen biegen 1 mit 3 Loops

Datum

Testat

lernend *kompetent* *routiniert*

Loop-Bogen biegen 2 mit 3 Loops

Datum

Testat

lernend *kompetent* *routiniert*

ZULASSUNGSVORAUSSETZUNG KIEFERORTHOPÄDIE

Die Zulassungsvoraussetzungen aus dem Fachgebiet Kieferorthopädie sind erfüllt.

Datum

Name der/des Beurteilenden

Unterschrift, Stempel der/des Beurteilenden

KRITERIEN-SKALA

Beschreibung

Gesamteindruck	Nähere Beschreibung
<i>Unter dem Ausbildungsstand (lernend)</i>	<i>Es bedarf noch einer intensiven Anleitung, die Aufgabenstellung muss geübt und nochmals demonstriert werden</i>
<i>Dem Ausbildungsstand entsprechend (kompetent)</i>	<i>Sichere Durchführung, den Ausbildungsanforderungen gemäß</i>
<i>Über dem Ausbildungsstand (routiniert)</i>	<i>Professionelle Durchführung</i>



Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie



Lehrveranstaltungsprüfungen

**Extraktionslehre inkl. Anästhesiologie in
der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde**

Note

Datum

Unterschrift

Traumatologie des Gesichtsschädels

Note

Datum

Unterschrift

Zahnärztliche Chirurgie

Note

Datum

Unterschrift

Orthognathe Chirurgie

Note

Datum

Unterschrift

Zahnärztliche Radiologie

Note

Datum

Unterschrift

Praktika

Praktikum MKG-Chirurgie I

- lernend
- kompetent
- routiniert

Datum:

Unterschrift:

Praktikum MKG-Chirurgie II

- lernend
- kompetent
- routiniert

Datum:

Unterschrift:

Praktikum MKG-Chirurgie III

- lernend
- kompetent
- routiniert

Datum:

Unterschrift:

Praktikum aus zahnärztlicher Radiologie

- lernend
- kompetent
- routiniert

Datum:

Unterschrift:

Leistungserfordernisse

KOMPETENZLEVEL APPROBATIONSREIFE IN DER ORALEN UND MAXILLOFAZIALEN CHIRURGIE

Leistungserfordernisse	Anzahl	Datum/Testat
Extraktionen (30) <i>Extraktionen in AN (10)</i> <i>Extraktionen in LA (20)</i>		
<i>Zahnärztlich-chirurgische Eingriffe, erschwerte Eingriffe (10)</i>		
<i>Venöse Punktionen (Blutabnahmen oder Legen von venösen Leitungen) (5)</i>		
<i>Anlegen von Infusionen (10)</i>		
<i>Anamnesen (5)</i>		
<i>Assistenzen bei mund-kiefer-gesichts chirurgischen Eingriffen (10)</i>		
<i>Röntgenanalysen (1)</i>		

Ambulanz- und Stationstätigkeiten

ANAMNESEN, FACHSPEZIFISCHE UNTERSUCHUNGEN, THERAPIEN

Kompetenzlevel Approbationsreife in der Oralen und Maxillofazialen Chirurgie

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

Betreuungsperson

lernend kompetent routiniert

Datum

Testat

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

Betreuungsperson

lernend kompetent routiniert

Datum

Testat

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

Betreuungsperson

lernend kompetent routiniert

Datum

Testat

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

Betreuungsperson

lernend kompetent routiniert

Datum

Testat

Ambulanz- und Stationstätigkeiten

ANAMNESEN, FACHSPEZIFISCHE UNTERSUCHUNGEN, THERAPIEN

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

lernend *kompetent* *routiniert*

Betreuungsperson

Datum

Testat

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

lernend *kompetent* *routiniert*

Betreuungsperson

Datum

Testat

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

lernend *kompetent* *routiniert*

Betreuungsperson

Datum

Testat

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

lernend *kompetent* *routiniert*

Betreuungsperson

Datum

Testat

Ambulanz- und Stationstätigkeiten

ANAMNESEN, FACHSPEZIFISCHE UNTERSUCHUNGEN, THERAPIEN

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

lernend kompetent routiniert

Betreuungsperson

Datum

Testat

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

lernend kompetent routiniert

Betreuungsperson

Datum

Testat

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

lernend kompetent routiniert

Betreuungsperson

Datum

Testat

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

lernend kompetent routiniert

Betreuungsperson

Datum

Testat

Ambulanz- und Stationstätigkeiten

ANAMNESEN, FACHSPEZIFISCHE UNTERSUCHUNGEN, THERAPIEN

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

lernend *kompetent* *routiniert*

Betreuungsperson

Datum

Testat

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

lernend *kompetent* *routiniert*

Betreuungsperson

Datum

Testat

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

lernend *kompetent* *routiniert*

Betreuungsperson

Datum

Testat

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

lernend *kompetent* *routiniert*

Betreuungsperson

Datum

Testat

Ambulanz- und Stationstätigkeiten

ANAMNESEN, FACHSPEZIFISCHE UNTERSUCHUNGEN, THERAPIEN

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

lernend kompetent routiniert

Betreuungsperson

Datum

Testat

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

lernend kompetent routiniert

Betreuungsperson

Datum

Testat

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

lernend kompetent routiniert

Betreuungsperson

Datum

Testat

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

lernend kompetent routiniert

Betreuungsperson

Datum

Testat

Ambulanz- und Stationstätigkeiten

ANAMNESEN, FACHSPEZIFISCHE UNTERSUCHUNGEN, THERAPIEN

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

lernend *kompetent* *routiniert*

Betreuungsperson

Datum

Testat

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

lernend *kompetent* *routiniert*

Betreuungsperson

Datum

Testat

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

lernend *kompetent* *routiniert*

Betreuungsperson

Datum

Testat

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

lernend *kompetent* *routiniert*

Betreuungsperson

Datum

Testat

Ambulanz- und Stationstätigkeiten

ANAMNESEN, FACHSPEZIFISCHE UNTERSUCHUNGEN, THERAPIEN

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

lernend kompetent routiniert

Betreuungsperson

Datum

Testat

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

lernend kompetent routiniert

Betreuungsperson

Datum

Testat

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

lernend kompetent routiniert

Betreuungsperson

Datum

Testat

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

lernend kompetent routiniert

Betreuungsperson

Datum

Testat

Ambulanz- und Stationstätigkeiten

ANAMNESEN, FACHSPEZIFISCHE UNTERSUCHUNGEN, THERAPIEN

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

lernend *kompetent* *routiniert*

Betreuungsperson

Datum

Testat

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

lernend *kompetent* *routiniert*

Betreuungsperson

Datum

Testat

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

lernend *kompetent* *routiniert*

Betreuungsperson

Datum

Testat

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

lernend *kompetent* *routiniert*

Betreuungsperson

Datum

Testat

Ambulanz- und Stationstätigkeiten

ANAMNESEN, FACHSPEZIFISCHE UNTERSUCHUNGEN, THERAPIEN

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

lernend kompetent routiniert

Betreuungsperson

Datum

Testat

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

lernend kompetent routiniert

Betreuungsperson

Datum

Testat

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

lernend kompetent routiniert

Betreuungsperson

Datum

Testat

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

lernend kompetent routiniert

Betreuungsperson

Datum

Testat

Ambulanz- und Stationstätigkeiten

ANAMNESEN, FACHSPEZIFISCHE UNTERSUCHUNGEN, THERAPIEN

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

lernend *kompetent* *routiniert*

Betreuungsperson

Datum

Testat

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

lernend *kompetent* *routiniert*

Betreuungsperson

Datum

Testat

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

lernend *kompetent* *routiniert*

Betreuungsperson

Datum

Testat

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

lernend *kompetent* *routiniert*

Betreuungsperson

Datum

Testat

Assistenz bei kiefer- chirurgischen Eingriffen

KOMPETENZLEVEL APPROBATIONSREIFE IN DER ORALEN UND MAXILLOFAZIALEN CHIRURGIE

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

Betreuungsperson

lernend kompetent routiniert

Datum

Testat

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

Betreuungsperson

lernend kompetent routiniert

Datum

Testat

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

Betreuungsperson

lernend kompetent routiniert

Datum

Testat

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

Betreuungsperson

lernend kompetent routiniert

Datum

Testat

Assistenz bei kiefer- chirurgischen Eingriffen

KOMPETENZLEVEL APPROBATIONSREIFE IN DER ORALEN UND MAXILLOFAZIALEN CHIRURGIE

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

Betreuungsperson

lernend kompetent routiniert

Datum

Testat

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

Betreuungsperson

lernend kompetent routiniert

Datum

Testat

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

Betreuungsperson

lernend kompetent routiniert

Datum

Testat

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

Betreuungsperson

lernend kompetent routiniert

Datum

Testat

Assistenz bei kiefer- chirurgischen Eingriffen

KOMPETENZLEVEL APPROBATIONSREIFE IN DER ORALEN UND MAXILLOFAZIALEN CHIRURGIE

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

Betreuungsperson

lernend kompetent routiniert

Datum

Testat

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

Betreuungsperson

lernend kompetent routiniert

Datum

Testat

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

Betreuungsperson

lernend kompetent routiniert

Datum

Testat

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

Betreuungsperson

lernend kompetent routiniert

Datum

Testat

Assistenz bei kiefer- chirurgischen Eingriffen

KOMPETENZLEVEL APPROBATIONSREIFE IN DER ORALEN UND MAXILLOFAZIALEN CHIRURGIE

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

Betreuungsperson

lernend kompetent routiniert

Datum

Testat

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

Betreuungsperson

lernend kompetent routiniert

Datum

Testat

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

Betreuungsperson

lernend kompetent routiniert

Datum

Testat

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

Betreuungsperson

lernend kompetent routiniert

Datum

Testat

Assistenz bei kiefer- chirurgischen Eingriffen

KOMPETENZLEVEL APPROBATIONSREIFE IN DER ORALEN UND MAXILLOFAZIALEN CHIRURGIE

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

Betreuungsperson

lernend kompetent routiniert

Datum

Testat

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

Betreuungsperson

lernend kompetent routiniert

Datum

Testat

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

Betreuungsperson

lernend kompetent routiniert

Datum

Testat

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

Betreuungsperson

lernend kompetent routiniert

Datum

Testat

Assistenz bei kiefer- chirurgischen Eingriffen

KOMPETENZLEVEL APPROBATIONSREIFE IN DER ORALEN UND MAXILLOFAZIALEN CHIRURGIE

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

Betreuungsperson

lernend kompetent routiniert

Datum

Testat

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

Betreuungsperson

lernend kompetent routiniert

Datum

Testat

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

Betreuungsperson

lernend kompetent routiniert

Datum

Testat

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

Betreuungsperson

lernend kompetent routiniert

Datum

Testat

Assistenz bei kiefer- chirurgischen Eingriffen

KOMPETENZLEVEL APPROBATIONSREIFE IN DER ORALEN UND MAXILLOFAZIALEN CHIRURGIE

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

Betreuungsperson

lernend kompetent routiniert

Datum

Testat

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

Betreuungsperson

lernend kompetent routiniert

Datum

Testat

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

Betreuungsperson

lernend kompetent routiniert

Datum

Testat

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

Betreuungsperson

lernend kompetent routiniert

Datum

Testat



Assistenz bei kiefer- chirurgischen Eingriffen

KOMPETENZLEVEL APPROBATIONSREIFE IN DER ORALEN UND MAXILLOFAZIALEN CHIRURGIE

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

Betreuungsperson

lernend kompetent routiniert

Datum

Testat

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

Betreuungsperson

lernend kompetent routiniert

Datum

Testat

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

Betreuungsperson

lernend kompetent routiniert

Datum

Testat

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

Betreuungsperson

lernend kompetent routiniert

Datum

Testat

Selbständig durchgeführte dentoalveoläre Eingriffe

KOMPETENZLEVEL APPROBATIONSREIFE IN DER ORALEN UND MAXILLOFAZIALEN CHIRURGIE

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

Betreuungsperson

lernend kompetent routiniert

Datum

Testat

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

Betreuungsperson

lernend kompetent routiniert

Datum

Testat

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

Betreuungsperson

lernend kompetent routiniert

Datum

Testat

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

Betreuungsperson

lernend kompetent routiniert

Datum

Testat

Selbständig durchgeführte dentoalveoläre Eingriffe

KOMPETENZLEVEL APPROBATIONSREIFE IN DER ORALEN UND MAXILLOFAZIALEN CHIRURGIE

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

Betreuungsperson

lernend kompetent routiniert

Datum

Testat

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

Betreuungsperson

lernend kompetent routiniert

Datum

Testat

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

Betreuungsperson

lernend kompetent routiniert

Datum

Testat

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

Betreuungsperson

lernend kompetent routiniert

Datum

Testat

Selbständig durchgeführte dentoalveoläre Eingriffe

KOMPETENZLEVEL APPROBATIONSREIFE IN DER ORALEN UND MAXILLOFAZIALEN CHIRURGIE

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

Betreuungsperson

lernend kompetent routiniert

Datum

Testat

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

Betreuungsperson

lernend kompetent routiniert

Datum

Testat

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

Betreuungsperson

lernend kompetent routiniert

Datum

Testat

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

Betreuungsperson

lernend kompetent routiniert

Datum

Testat

Selbständig durchgeführte dentoalveoläre Eingriffe

KOMPETENZLEVEL APPROBATIONSREIFE IN DER ORALEN UND MAXILLOFAZIALEN CHIRURGIE

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

Betreuungsperson

lernend kompetent routiniert

Datum

Testat

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

Betreuungsperson

lernend kompetent routiniert

Datum

Testat

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

Betreuungsperson

lernend kompetent routiniert

Datum

Testat

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

Betreuungsperson

lernend kompetent routiniert

Datum

Testat

Selbständig durchgeführte dentoalveoläre Eingriffe

KOMPETENZLEVEL APPROBATIONSREIFE IN DER ORALEN UND MAXILLOFAZIALEN CHIRURGIE

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

Betreuungsperson

lernend kompetent routiniert

Datum

Testat

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

Betreuungsperson

lernend kompetent routiniert

Datum

Testat

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

Betreuungsperson

lernend kompetent routiniert

Datum

Testat

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

Betreuungsperson

lernend kompetent routiniert

Datum

Testat

Selbständig durchgeführte dentoalveoläre Eingriffe

KOMPETENZLEVEL APPROBATIONSREIFE IN DER ORALEN UND MAXILLOFAZIALEN CHIRURGIE

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

Betreuungsperson

lernend kompetent routiniert

Datum

Testat

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

Betreuungsperson

lernend kompetent routiniert

Datum

Testat

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

Betreuungsperson

lernend kompetent routiniert

Datum

Testat

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

Betreuungsperson

lernend kompetent routiniert

Datum

Testat

Selbständig durchgeführte dentoalveoläre Eingriffe

KOMPETENZLEVEL APPROBATIONSREIFE IN DER ORALEN UND MAXILLOFAZIALEN CHIRURGIE

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

Betreuungsperson

lernend kompetent routiniert

Datum

Testat

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

Betreuungsperson

lernend kompetent routiniert

Datum

Testat

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

Betreuungsperson

lernend kompetent routiniert

Datum

Testat

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

Betreuungsperson

lernend kompetent routiniert

Datum

Testat

Selbständig durchgeführte dentoalveoläre Eingriffe

KOMPETENZLEVEL APPROBATIONSREIFE IN DER ORALEN UND MAXILLOFAZIALEN CHIRURGIE

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

Betreuungsperson

lernend kompetent routiniert

Datum

Testat

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

Betreuungsperson

lernend kompetent routiniert

Datum

Testat

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

Betreuungsperson

lernend kompetent routiniert

Datum

Testat

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

Betreuungsperson

lernend kompetent routiniert

Datum

Testat

Selbständig durchgeführte dentoalveoläre Eingriffe

KOMPETENZLEVEL APPROBATIONSREIFE IN DER ORALEN UND MAXILLOFAZIALEN CHIRURGIE

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

Betreuungsperson

lernend kompetent routiniert

Datum

Testat

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

Betreuungsperson

lernend kompetent routiniert

Datum

Testat

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

Betreuungsperson

lernend kompetent routiniert

Datum

Testat

Fallnummer

Tätigkeit

Datum

Betreuungsperson

lernend kompetent routiniert

Datum

Testat

KOMPETENZLEVEL APPROBATIONSREIFE IN DER ORALEN UND MAXILLOFAZIALEN CHIRURGIE:

Mini-CEX (Mini-Clinical Evaluation Exercise) Ambulanz- und Stationstätigkeiten

Beurteilung durch (Name in Blockbuchstaben)

Funktion: MentorIn Oberarzt/Oberärztin Ass. Arzt/Ass. Ärztin _____

Aufgabenstellung

Siehe Leistungskatalog Zahnmedizin (lt. aktuellem Mitteilungsblatt)

KRITERIEN <i>Skala</i>	<i>lernend</i>			<i>kompetent</i>					<i>routiniert</i>	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Kommunikation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anamnese/Gespräch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Klinische Untersuchungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Klinische Urteilsfähigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Organisation und Effizienz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Professionelles Verhalten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gesamteindruck (keine Punkte)	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>					<input type="radio"/>	

Komplexität der Aufgabenstellung: gering mittel hoch

Zeitbedarf: Beobachtung in Min.: _____

Feedback in Min.: _____

Bemerkungen:

Was war gut?

Was kann Wie verbessert werden?

Punktesumme _____ Punkte (von 60 möglichen Punkten)

_____ Datum

_____ Unterschrift der/des Studierenden

_____ Unterschrift der/des Beurteilenden



KOMPETENZLEVEL APPROBATIONSREIFE IN DER ORALEN UND MAXILLOFAZIALEN CHIRURGIE:

DOPS I (Direct Observation of Procedural Skills) – Assistenz bei kieferchirurgischen Eingriffen

Beurteilung durch (Name in Blockbuchstaben) _____

Funktion: MentorIn Oberarzt/Oberärztin Ass. Arzt/Ass. Ärztin _____

Aufgabenstellung _____

Siehe Leistungskatalog Zahnmedizin (lt. aktuellem Mitteilungsblatt)

KRITERIEN <i>Skala</i>	<i>lernend</i>			<i>kompetent</i>					<i>routiniert</i>	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Technische Fertigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Vorsorge/Nachsorge <input type="radio"/> Asepsis/ Sicherheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Klinische Urteilsfähigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Organisation und Effizienz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Professionelles Verhalten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gesamteindruck (keine Punkte)	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>					<input type="radio"/>	

Komplexität der Aufgabenstellung: gering mittel hoch

Zeitbedarf: Beobachtung in Min.: _____

Feedback in Min.: _____

Bemerkungen:

Was war gut?

Was kann Wie verbessert werden?

Punktesumme _____ Punkte (von 50 möglichen Punkten)

Datum

Unterschrift der/des Studierenden

Unterschrift der/des Beurteilenden

Klinik Stempel

KOMPETENZLEVEL APPROBATIONSREIFE IN DER ORALEN UND MAXILLOFAZIALEN CHIRURGIE:

DOPS II (Direct Observation of Procedural Skills) Selbständig durchgeführte dentoalveoläre Eingriffe

Beurteilung durch (Name in Blockbuchstaben)

Funktion: MentorIn Oberarzt/Oberärztin Ass. Arzt/Ass. Ärztin _____

Aufgabenstellung

Siehe Leistungskatalog Zahnmedizin (lt. aktuellem Mitteilungsblatt)

KRITERIEN <i>Skala</i>	<i>lernend</i>			<i>kompetent</i>					<i>routiniert</i>	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
KRITERIEN <i>Punkte</i>										
Technische Fertigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Vorsorge/Nachsorge <input type="radio"/> Asepsis/ Sicherheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Klinische Urteilsfähigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Organisation und Effizienz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Professionelles Verhalten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gesamteindruck (keine Punkte)	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>					<input type="radio"/>	

Komplexität der Aufgabenstellung: gering mittel hoch

Zeitbedarf: Beobachtung in Min.: _____

Feedback in Min.: _____

Bemerkungen:

Was war gut?

Was kann Wie verbessert werden?

Punktesumme _____ Punkte (von 50 möglichen Punkten)

_____ Datum

_____ Unterschrift der/des Studierenden

_____ Unterschrift der/des Beurteilenden



Röntgenbildanalyse

KOMPETENZLEVEL APPROBATIONSREIFE
IN DER ORALEN UND MAXILLOFAZIALEN CHIRURGIE:

Röntgenbildanalyse (1)

Fallnummer

Röntgenaufnahme

Datum

PrüferIn

Datum, Testat

Röntgenbildanalyse (2)

Fallnummer

Röntgenaufnahme

Datum

PrüferIn

Datum, Testat

Famulatur

AN DER UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR MUND-,
KIEFER- UND GESICHTSCHIRURGIE:

Famulaturbereiche:	Famulaturbereich:
MKG-Station Zahnärztliche Ambulanz MKG-chirurgische Ambulanz ambulanter MKG-OP MKG-OP für stationäre PatientInnen	Datum (von – bis): Unterschrift:
Famulaturbereich:	Famulaturbereich:
Datum (von – bis): Unterschrift:	Datum (von – bis): Unterschrift:
Famulaturbereich:	Famulaturbereich:
Datum (von – bis): Unterschrift:	Datum (von – bis): Unterschrift:
Famulaturbereich:	Famulaturbereich:
Datum (von – bis): Unterschrift:	Datum (von – bis): Unterschrift:

Famulatur

AN DER UNIVERSITÄTSKLINIK FÜR MUND-,
KIEFER- UND GESICHTSCHIRURGIE:

Famulaturbereiche:	Famulaturbereich:
MKG-Station Zahnärztliche Ambulanz MKG-chirurgische Ambulanz ambulanter MKG-OP MKG-OP für stationäre PatientInnen	Datum (von – bis): Unterschrift:
Famulaturbereich:	Famulaturbereich:
Datum (von – bis): Unterschrift:	Datum (von – bis): Unterschrift:
Famulaturbereich:	Famulaturbereich:
Datum (von – bis): Unterschrift:	Datum (von – bis): Unterschrift:
Famulaturbereich:	Famulaturbereich:
Datum (von – bis): Unterschrift:	Datum (von – bis): Unterschrift:

Praktische Prüfung im Rahmen der studienabschließenden Diplomprüfung:

APPROBATIONSREIFE IN DER ORALEN UND
MAXILLOFAZIALEN CHIRURGIE:

Praktische Prüfung Teil 1	<i>Zahnärztliche Radiologie (MKG)</i>
Praktische Prüfung Teil 2	<i>Zahnärztliche Chirurgie 1 (MKG)</i>
Praktische Prüfung Teil 3	<i>Zahnärztliche Chirurgie 2 (MKG)</i>

ZULASSUNGSVORAUSSETZUNG KOMPETENZLEVEL APPROBATIONSREIFE IN DER ORALEN UD MAXILLOFAZIALEN CHIRURGIE

Die Zulassungsvoraussetzungen aus dem Fachgebiet Orale und Maxillofaziale Chirurgie sind erfüllt.

Datum *Name der/des Beurteilenden* *Unterschrift, Stempel der/des Beurteilenden*

KRITERIEN-SKALA

Beschreibung

Gesamteindruck	Nähere Beschreibung
<i>Unter dem Ausbildungsstand (lernend)</i>	<i>Es bedarf noch einer intensiven Anleitung, die Aufgabenstellung muss geübt und nochmals demonstriert werden</i>
<i>Dem Ausbildungsstand entsprechend (kompetent)</i>	<i>Sichere Durchführung, den Ausbildungsanforderungen gemäß</i>
<i>Über dem Ausbildungsstand (routiniert)</i>	<i>Professionelle Durchführung</i>

NOTIZEN



MEDIZINISCHE
UNIVERSITÄT

INNSBRUCK