

Medizinische Fakultät der TU Dresden
Studiendekanat Medizin | Zahnmedizin
Sekretariat
Fetscherstr. 74
01307 Dresden

Rückfragen Zahnmedizin, Frau Eisele
Telefon: 0351 458-2712
E-Mail: kati.eisele@ukdd.de
Rückfragen zum Antrag: Sekretariat
Telefon: 0351 458-2995

Anmeldeformular Kooperationspraxis bzw. Hospitationspraxis der Zahnmedizin der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden

Im Sinne der Lehroptimierung sowie des Zieles, den demografischen Veränderungen Rechnung zu tragen und Zahnmedizinerinnen und Zahnmediziner mit hoher wissenschaftlicher und praktischer Kompetenz auszubilden, sind moderne Lehrformen unumgänglich. Dazu wurde 2016 durch das Direktorium der UniversitätsZahnMedizin Dresden (UZM) in Absprache mit dem Vorstand der Landeszahnärztekammer Sachsen und dem Sächsischen Landesprüfungsamt für Akademische Heilberufe beschlossen, den Studierenden eine ergänzende **fakultative praktische Ausbildung** zu ermöglichen und im klinischen Studienabschnitt zu plazieren. Dafür wird seitdem ein **sachsenweites Netz aus Kooperationspraxen** aufgebaut und betreut.

Seit Inkrafttreten der novellierten Approbationsordnung (ZApprO) zum Wintersemester 2021/22 werden auch in der Zahnmedizin 4-wöchige Famulaturen eingeführt, wofür die Universität Verträge mit sog. **Hospitationspraxen** abschließt. Die ZApprO konkretisiert und erweitert in § 1 ZApprO die Ausbildungsziele für das Studium der Zahnmedizin. Neben der wissenschaftlichen und praktischen Ausbildung soll die eigenverantwortliche und selbständige Ausübung der Zahnheilkunde und die Befähigung zur Weiterbildung und Fortbildung ebenfalls Ausbildungsziel sein. Die Famulatur des Studierenden der Zahnmedizin soll schon in einem frühen Stadium der Ausbildung an die praktische zahnärztliche Versorgung heranführen, ohne dass der Studierende selbständig an dem Patienten oder der Patientin tätig wird. Zu diesem Zweck **hospitiert** der Studierende der Zahnmedizin bei einem persönlich und fachlich geeigneten und approbierten Zahnarzt oder Zahnärztin, welche/welcher selbst praktisch an Patienten tätig ist. Dazu wird ein entsprechendes **deutschlandweites Netzwerk von Hospitationspraxen** mit zahnmedizinischen Praxen aufgebaut.

Die Kriterien für eine Akkreditierung sind identisch. Bitte geben Sie an, ob Sie für beide Kategorien zur Verfügung stehen oder nur als Kooperations- ODER Hospitationspraxis. Zu empfehlen ist nach Möglichkeit eine Mitwirkung in beiden Kategorien.

Die Zahnärzte der antragstellenden Praxen werden um folgende Angaben gebeten und nach einem Auswahlverfahren der Medizinischen Fakultät benannt:

Mit Abgabe des folgenden Kriterienkatalogs wird die Mitwirkung als Kooperationspraxis bzw. Hospitationspraxis Zahnmedizin der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden beantragt:

Praxisangaben:

Name der Praxis: _____

- ☐ **Einzelpraxis**
 - ☐ **Gemeinschaftspraxis**
 - ☐ **Praxisgemeinschaft**
 - ☐ **BAG**
- (Zutreffendes ankreuzen)

Praxisinhaberin/ Praxisinhaber (mit akademischem Grad):

(Bei Praxisgemeinschaft/Gemeinschaftspraxis/BAG bitte alle Inhaber/Zahnärzte einzeln aufführen und unterzeichnen)

Anschrift:

Straße _____

PLZ _____

Ort _____

Telefon _____

E-Mail/Webseite _____

- ☐ **Mitwirkung als Kooperationspraxis**
 - ☐ **Mitwirkung als Hospitationspraxis**
- (Mehrfachnennung möglich,
cave: Kooperationspraxen sind nur im Bundesland Sachsen möglich)

Profil der Praxis

(max. 75 Zeichen, als Zusatzinformation in der Praxenübersichtsliste für Studierende gedacht)

Auswahlkriterien:

1. Qualifikation der Zahnärzte	JA	NEIN
3 Jahre zahnärztliche Tätigkeit in eigener Verantwortung* (Praxis, BAG, Praxisgemeinschaft)		
Zusage zur Beteiligung an Maßnahmen der Qualitätssicherung **		
Nachweis regelmäßiger Fortbildung		
ZMP / ZMF im Team		
ein Tätigkeitsschwerpunkt		
Wiss. Qualifikation: Promotion		
Teilnahme an anderen qualitätsfördernden Maßnahmen (QM)		

* In Berufsausübungsgemeinschaften muss wenigstens 1 Zahnarzt / Zahnärztin die Qualifikation erfüllen.

** Die Qualitätssicherung kann über mehrere Methoden durchgeführt werden,

- Dokumentation erfüllter Aufgaben durch die Studierenden.
- Evaluation (mit Feedback) mittels Fragebogen sowohl von Studierenden als auch durch Zahnärzte
- Teilnahme an den Kooperations-/Hospitationspraxen-Treffen

2. Praxisstruktur	JA	NEIN
Mindestens 500 Fälle/Quartal		
Beschäftigung von mindestens zwei Zahnmedizinischen Fachangestellten		
Praktikumszeit/Arbeitszeit mindestens 30 h pro Woche:		
Bereitstellung eines Raumes für Gespräche		
Labor (eigenes oder zumindest Anteilfertigung)		
ambulante chirurgische Maßnahmen		
EDV-gestütztes Praxisverwaltungssystem		

3. Arbeitsspektrum der Praxis	JA	NEIN
Typische allgemein Zahnmedizinische Grundausrichtung*		
Patienten aller Altersgruppen		
Patientenschulung in der Praxis oder Kooperation		

4. Geplante Aktivitäten (Fortbildungen, Spezialisierungen)

5. Die Praxis bietet für den Zeitraum der Famulatur bzw. der fakultativen praktischen Ausbildung eine Übernachtungsmöglichkeit vor Ort an.

- ☐ **JA**
- ☐ **NEIN**
- ☐ **ANDERE UNTERSTÜTZUNGSMÖGLICHKEIT:** _____

Die Universität ihrerseits schließt mit dem Kooperationszahnarzt/der Kooperationszahnärztin bzw. Hospitationszahnarzt/der Hospitationszahnärztin einen auf drei Jahre befristeten Vertrag ab, der sich automatisch um ein Jahr verlängert, sofern nicht eine Vertragsseite kündigt.

Voraussetzung für das Ausweisen der Bezeichnung „Kooperationspraxis“ bzw. „Hospitationspraxis“: Der Zahnarzt/die Zahnärztin, der/die einen entsprechenden Vertrag mit der TU Dresden hat, ist berechtigt, dies durch die vorliegende Urkunde auszuweisen.

Datum	Feld für digitale Signatur
<i>Alternativ:</i> Stempel, Unterschrift der/des Antragstellerin/Antragstellers	

Den ausgefüllten Anforderungskatalog schicken Sie bitte unterzeichnet zurück an:

Medizinische Fakultät der TU Dresden
Studiendekanat Medizin | Zahnmedizin
Sekretariat
z. Hd. Frau Hornemann
Fetscherstr. 74
01307 Dresden

per mail: med-studek_m_zm@tu-dresden.de