



Anschrift Universität (Stand 28.09.2023)

## Vereinbarung zur Durchführung einer Famulatur nach § 15 Zahnärztliche Approbationsordnung (ZApprO)

zwischen der oben genannten Universität und

Zahnärztin / Zahnarzt: .....  
(bei Teilzeitbetreuung der Famulatur Namen aller betreuender Zahnärztinnen/Zahnärzte)  
**-nachfolgend Famulaturzahnarzt genannt-**

Name Praxisinhaberin / Praxisinhaber: .....

Name Praxis: .....

Straße / PLZ / Ort: .....

Ich erkläre hiermit, dass ich die Approbation als Zahnärztin / Zahnarzt besitze und in der oben genannten Einrichtung persönlich am Patienten/Patientin praktisch zahnärztlich tätig bin. Ich erkläre mich bereit, die folgend genannte Studentin / den folgend genannten Studenten

.....  
Vorname / Name / Adresse  
**-nachfolgend Famulant genannt-**

im Rahmen der nach § 15 ZApprO geforderten Famulatur für die Dauer von 2 Wochen / 4 Wochen  
(*bitte nicht Zutreffendes streichen*) als Famulantin / Famulant

vom ..... bis .....

aufzunehmen.

Mit meiner Unterschrift unter diese Vereinbarung erkläre und versichere ich, dass ich die folgenden Rahmenbedingungen anerkenne:

1. Die Famulatur ist ganztägig abzuleisten. Sie dauert insgesamt vier Wochen. Die Famulatur ist mindestens zwei Wochen bei derselben Zahnärztin oder bei demselben Zahnarzt abzuleisten. Die Famulatur kann vor Ablauf der vereinbarten Dauer nur aus außerordentlichen Gründen beendet werden.
2. Die Famulatur wird von mir persönlich geleitet. Sollte ich verhindert sein, ist die Anwesenheit einer approbierten Zahnärztin/eines approbierten Zahnarztes in der Zahnarztpraxis gewährleistet. Eine eigenständige Tätigkeit am Patienten wird durch die Studierenden nicht stattfinden. Die Beschäftigung des Famulanten in der Zahnarztpraxis werde ich meiner und ggf. der Berufshaftpflichtversicherung des Praxisinhabers/der Praxisinhaberin anzeigen.
3. Nach Abschluss der Famulatur ist ein Zeugnis auszustellen, das die Anforderungen des §15 Abs. 4 ZApprO erfüllt.
4. Die zuständige Universität ist zur Evaluation der Famulatur berechtigt und kann qualitätssichernde Maßnahmen, u.a. Auflagen oder die Streichung des Famulaturzahnarztes aus dem Suchverzeichnis der ZÄK ergreifen. Daneben kann die zuständige ZÄK und KZV meine persönliche Eignung überprüfen sowie qualitätssichernde Maßnahmen durchführen. In den entsprechenden Datenaustausch zwischen zuständiger ZÄK, KZV und Universität willige ich ein.
5. Ich erkenne an, dass die wie nachstehend erfolgte Anerkennung einer Famulatur durch die zuständige Universität oder die Aufnahme in ein Suchverzeichnis der ZÄK keine ankündigungsfähige Tatsache darstellt.

Ort, Datum .....

.....  
 Unterschrift Zahnärztin / Zahnarzt  
 (bei Teilzeitbetreuung der Famulatur Namen aller betreuender Zahnärztinnen/Zahnärzte)

Ort, Datum .....

.....  
 Unterschrift der/des Famulantin / Famulanten

**Anerkennung der Famulatur durch die Universität:**

Die vorgenannte Zahnärztin/ der vorgenannte Zahnarzt wird aufgrund der erfolgten Erklärung zur Durchführung der Famulatur entsprechend § 15 Abs. 2 ZApprO für persönlich und fachlich als geeignet angesehen. Die in der Zahnarztpraxis abgeleistete Famulatur entspricht den Vorgaben des § 15 ZApprO. Die Famulatur wird anerkannt.

Ort, Datum .....

.....  
 (Stempel / Unterschrift Studiendekanat Zahnmedizin)