

Mitglieds-Nummer:

**Antrag zur Führung eines Tätigkeitsschwerpunktes
nach § 22 der Berufsordnung der
LZK Rheinland-Pfalz**



Erklärung

Hiermit versichere ich, dass alle Angaben zum Antrag für den

Tätigkeitsschwerpunkt

Seniorenzahnmedizin

wahrheitsgemäß sind und den tatsächlichen Gegebenheiten entsprechen. Alle angegebenen therapeutischen Maßnahmen habe ich selbst durchgeführt.

Titel, Name, Vorname (bitte in Druckbuchstaben)

Ort, Datum

Unterschrift

Praxisstempel:

Kriterien für den Tätigkeitsschwerpunkt „Seniorenzahnmedizin“

- Mindestens zwei Jahre eigene Erfahrungen im Ankündigungsbereich
 - Innerhalb der letzten zwei Jahre vor Antragstellung Behandlung von mindestens 50 geriatrischen Patientinnen und Patienten, idealerweise im Rahmen der Versorgung nach § 22 a SGB V
 - Nachweis einer strukturierten Fortbildung im Bereich der Seniorenzahnmedizin, z. B. in Form eines von der DGAZ anerkannten Curriculums oder vergleichbarer qualifizierter Fortbildungsmaßnahmen (Umfang in der Regel mindestens 72 Voll-Stunden)
 - Fundierte Kenntnisse der einschlägigen Literatur im Ankündigungsgebiet
 - Wissenschaftliche Anbindung durch Mitgliedschaft in der Fachgesellschaft „Deutsche Gesellschaft für AlterszahnMedizin e.V. – DGAZ“
 - Kontinuierliche Fortbildung im Ankündigungsgebiet, mindestens 120 Fortbildungspunkte (bzw. 60 im Falle eines Folgeantrages) in den letzten fünf Jahren vor Antragstellung
-

Praxismerkmale

- Versorgungskonzept zur strukturierten Kommunikation mit Seniorinnen und Senioren
- Versorgungskonzept zur aufsuchenden Betreuung, falls etabliert
- Kommunikationskonzept zur aufsuchenden Betreuung, falls nicht etabliert
- barrierearmer Zugang zur Praxis (baulich und/oder organisatorisch)
- Lupenbrille / Stirnlampe für mobile Einsätze
- besondere Informationsmedien für Seniorinnen und Senioren
- regelmäßige (jährliche) Teamschulungen im Bereich der Seniorenzahnmedizin
- Angebot der Prophylaxe für Menschen mit Pflegebedarf nach § 22 a SGB V

Seit wann sind Sie im Ankündigungsbereich „Seniorenzahnmedizin“ tätig? _____

Arbeiten Sie mit Pflegeeinrichtungen oder anderen Praxen im Sinne einer fachübergreifenden Kooperation zusammen? Ja Nein

Behandlungsfälle

Bitte jeweils die Zahlen der letzten beiden Kalenderjahre vor Antragstellung angeben

- prothetische Versorgung bei Xerostomie oder eingeschränkter Mundöffnung _____
- Therapie bei Patient:innen mit Demenz (z. B. vereinfachte Prothetik) _____
- ambulante zahnmedizinische Betreuung (Hausbesuche) _____
- stationäre zahnmedizinische aufsuchende Betreuung/Behandlung _____
- Versorgung unter Polypharmazie, Berücksichtigung von Nebenwirkungen _____
- parodontale Therapie bei Senior:innen (inkl. verkürzte PAR-Strecke) _____

- implantat-gestützter Zahnersatz im höheren Alter _____
- Therapien nach Trauma (z. B. bei Sturzverletzungen) _____
- Ernährungslenkung bei Kau- und Schluckstörungen _____
- Kenntnisse über allgemeine medizinische Risiken und Grunderkrankungen _____
- Behandlung von Patient:innen mit Pflegebedarf _____
- und andere gerostomatologische Versorgung _____

Weitere Qualifikationen und Kenntnisse

Ja Nein

- Kenntnisse in seniorengerechter Kommunikation Ja Nein
- Kenntnisse über Indikation und Risiken von Behandlungen unter ITN oder Sedierung Ja Nein
- Erfahrung mit Behandlungen in ITN oder unter Sedierung Ja Nein
- Angebot von ITN- und/oder Sedierungsverfahren in der eigenen Praxis
- Fundierte Kenntnisse in der Seniorenzahnmedizin inkl. der Zusammenhänge zwischen Allgemeinerkrankungen und Mundgesundheit Ja Nein
- Die Tätigkeit im Ankündigungsgebiet „Seniorenzahnmedizin“ entspricht mindestens 30 % meiner eigenen zahnärztlichen Tätigkeit mit oder ohne Pflegegrad ab dem Alter von 70 Jahren Ja Nein

Ich bin Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnmedizin (DGAZ)

Ja Nein

Mitgliedschaft in weiteren Fachgesellschaften:

Bezug folgender Fachzeitschriften:

Mitglieds-Nummer:

Angaben über Fortbildungen der letzten 5 Jahre (durch Bescheinigungen belegbar):[illegible]