



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

	<b>1. Testat Note/am</b>	<b>1. WH Note/am</b>	<b>2. WH Note/am</b>
<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

	<b>1. Testat Note/am</b>	<b>1. WH Note/am</b>	<b>2. WH Note/am</b>
<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

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

# Phantomkurse und klinische Praktika

## 10. Semester

	<b>1. Testat Note/am</b>	<b>1. WH Note/am</b>	<b>2. WH Note/am</b>
<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

	<b>1. Testat Note/am</b>	<b>1. WH Note/am</b>	<b>2. WH Note/am</b>
<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	
<b>Mundhygiene</b>	6	
<b>Parodontaltherapie</b>	2	
<b>Plastische Füllungen</b> (Kompositfüllungen, Amalgam) davon, wenn möglich, 60 Flächen Amalgam	200 Flächen	
<b>Wurzelbehandlungen</b> (Endodontie)	30 Kanäle	
<b>Festsitzender Zahnersatz</b>		
<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>		
<b>Abnehmbarer Zahnersatz</b>		
<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	
<b>Gnathologie</b>		
<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.









































# Lokalanästhesie gelegt unter Aufsicht

INFILTRATIONSANÄSTHESIE (MINDESTENS 5)

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







# Parodontaltherapie

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

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

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

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









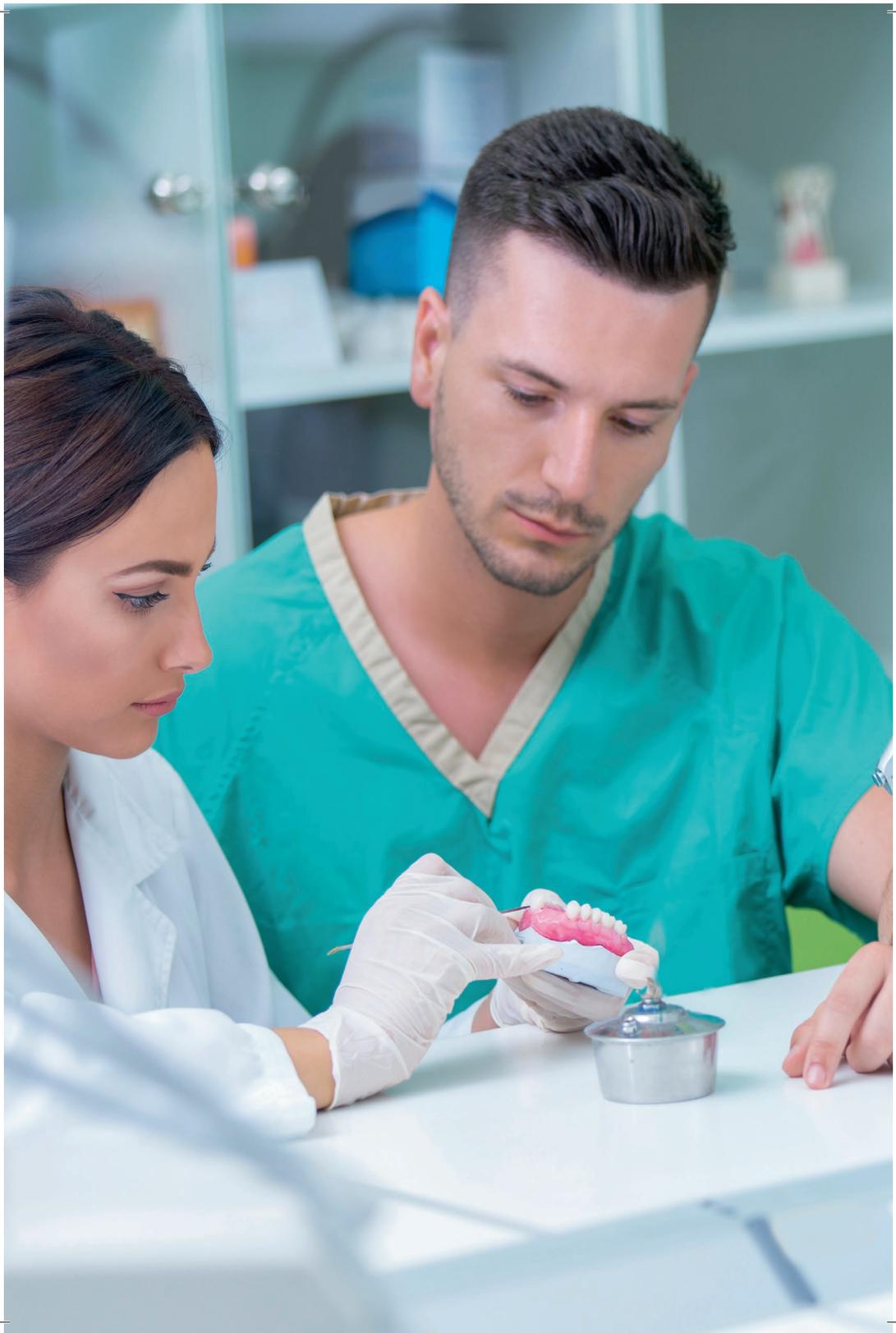


















































# Partieller Zahnersatz/Modellguss

<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>











# Gnathologische Untersuchungen

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

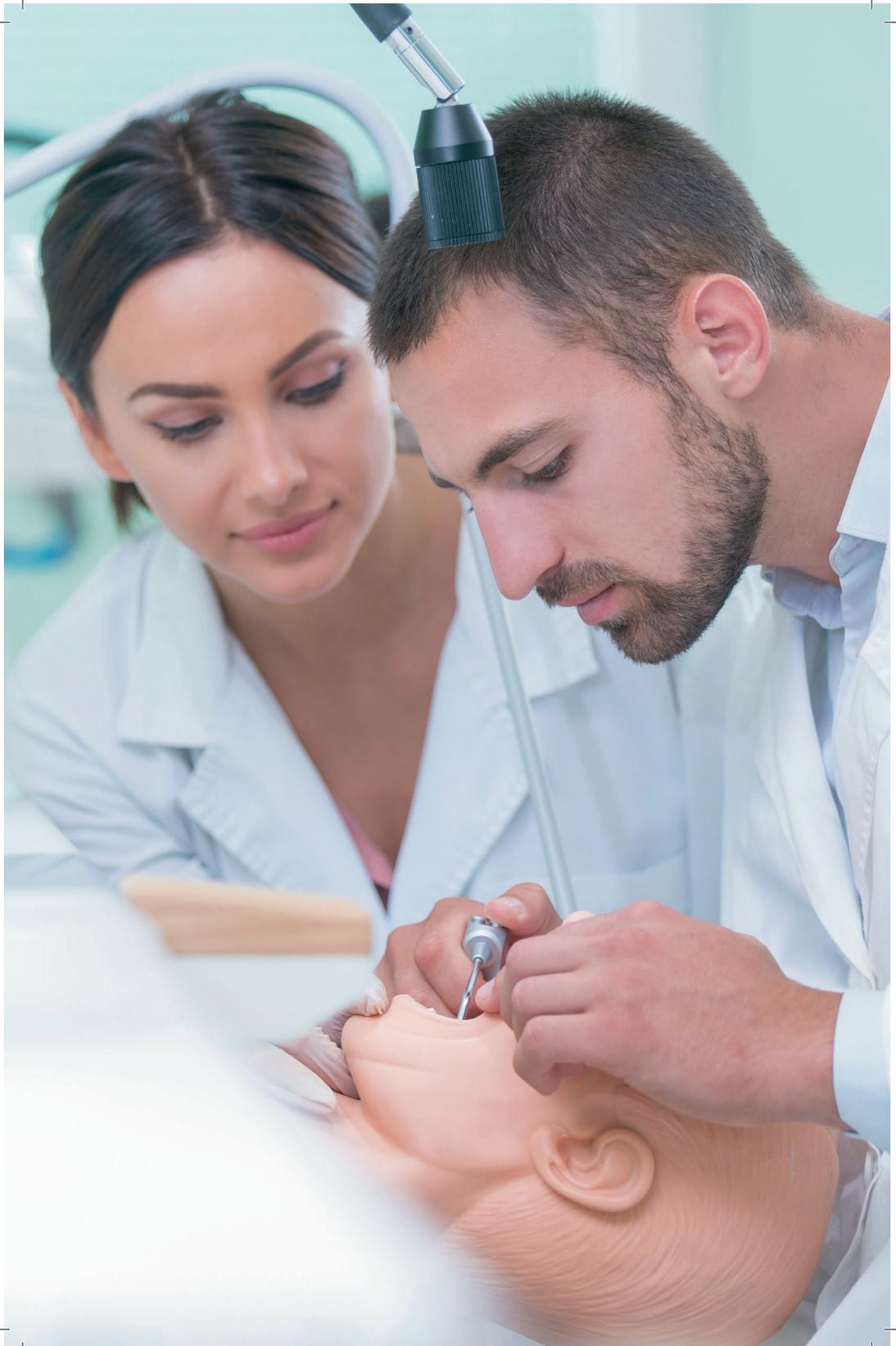
Gesamt \_\_\_\_\_

# Axiographie

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

Gesamt \_\_\_\_\_





# 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     $\leq 4$  Punkte = Note 5  
7 Punkte = Note 2    5 Punkte = Note 4

# Prüfungstestate

## 1. MUNDHYGIENE (MINDESTENS 10 ZÄHNE)

<b>PatientInnen ID</b>	<b>Benotung</b>
<b>Kriterien der Leistungsbeurteilung</b>	
<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>	
<b>Datum:</b>	<b>Unterschrift:</b>

## MUNDHYGIENE (MINDESTENS 10 ZÄHNE)

<b>PatientInnen ID</b>	<b>Benotung</b>
<b>Kriterien der Leistungsbeurteilung</b>	
<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>	
<b>Datum:</b>	<b>Unterschrift:</b>

# 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>
<b>Kriterien der Leistungsbeurteilung</b>					
<b>Kavität</b>			<b>Restauration</b>		
<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>		
<b>Datum:</b>			<b>Unterschrift:</b>		

## 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>
<b>Kriterien der Leistungsbeurteilung</b>					
<b>Kavität</b>			<b>Restauration</b>		
<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>		
<b>Datum:</b>			<b>Unterschrift:</b>		

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>
<b>Kriterien der Leistungsbeurteilung</b>					
<b>Kavität</b>			<b>Restauration</b>		
<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>		
<b>Datum:</b>			<b>Unterschrift:</b>		

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>
<b>Kriterien der Leistungsbeurteilung</b>					
<b>Kavität</b>			<b>Restauration</b>		
<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>		
<b>Datum:</b>			<b>Unterschrift:</b>		

## 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>
<b>Kriterien der Leistungsbeurteilung</b>					
<b>Kavität</b>			<b>Restauration</b>		
<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>		
<b>Datum:</b>			<b>Unterschrift:</b>		

## 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>
<b>Kriterien der Leistungsbeurteilung</b>					
<b>Kavität</b>			<b>Restauration</b>		
<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>		
<b>Datum:</b>			<b>Unterschrift:</b>		

# 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>
<b>Kriterien der Leistungsbeurteilung</b>					
<i>Zugangskavität regelrecht in Form und Ausdehnung</i>					
<i>Aufbereitung konisch der Kanal Anatomie entsprechend</i>					
<i>Wurzelfüllung bis Foramen physiologicum</i>					
<i>Dichte Füllung</i>					
<b>Datum:</b>			<b>Unterschrift:</b>		

## 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>
<b>Kriterien der Leistungsbeurteilung</b>					
<i>Zugangskavität regelrecht in Form und Ausdehnung</i>					
<i>Aufbereitung konisch der Kanal Anatomie entsprechend</i>					
<i>Wurzelfüllung bis Foramen physiologicum</i>					
<i>Dichte Füllung</i>					
<b>Datum:</b>			<b>Unterschrift:</b>		

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>
<b>Kriterien der Leistungsbeurteilung</b>					
<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>					
<b>Datum:</b>			<b>Unterschrift:</b>		

# Festsitzend – prothetische Restaurationen

## 1. FESTSITZEND-PROTHETISCHE RESTAURATION (GOLD/ KERAMIK)

<b>PatientInnen ID</b>	<b>Zahn/Art der Versorgung</b>	<b>Präparation</b>	<b>Fertige Restauration</b>	<b>Benotung</b>
<b>Kriterien der Leistungsbeurteilung</b>				
<b>Präparation</b>		<b>Restauration</b>		
<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>		
<b>Datum:</b>		<b>Unterschrift:</b>		

## 2. FESTSITZEND-PROTHETISCHE RESTAURATION (GOLD/ KERAMIK)

<b>PatientInnen ID</b>	<b>Zahn/Art der Versorgung</b>	<b>Präparation</b>	<b>Fertige Restauration</b>	<b>Benotung</b>
<b>Kriterien der Leistungsbeurteilung</b>				
<b>Präparation</b>		<b>Restauration</b>		
<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>		
<b>Datum:</b>		<b>Unterschrift:</b>		

## FESTSITZEND-PROTHETISCHE RESTAURATION (GOLD/ KERAMIK)

<b>PatientInnen ID</b>	<b>Zahn/Art der Versorgung</b>	<b>Präparation</b>	<b>Fertige Restauration</b>	<b>Benotung</b>
<b>Kriterien der Leistungsbeurteilung</b>				
<b>Präparation</b>		<b>Restauration</b>		
<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>		
<b>Datum:</b>		<b>Unterschrift:</b>		

# Herausnehmbarer Zahnersatz (mind. 2 Wochen nach Übergabe)

## TOTALPROTHESE

<b>PatientInnen ID</b>	<b>Benotung</b>
<b>Kriterien der Leistungsbeurteilung</b>	
<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>	
<b>Zwischenschritte bei Prothesenherstellung kontrolliert</b>	
<i>Erstabformung</i>	
<i>Funktionsabformung</i>	
<i>Bestimmung der vertikalen und horizontalen Kieferrelation</i>	
<i>Wachsprobe</i>	
<b>Datum:</b>	<b>Unterschrift:</b>

## TOTALPROTHESE

<b>PatientInnen ID</b>	<b>Benotung</b>
<b>Kriterien der Leistungsbeurteilung</b>	
<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>	
<b>Zwischenschritte bei Prothesenherstellung kontrolliert</b>	
<i>Erstabformung</i>	
<i>Funktionsabformung</i>	
<i>Bestimmung der vertikalen und horizontalen Kieferrelation</i>	
<i>Wachsprobe</i>	
<b>Datum:</b>	<b>Unterschrift:</b>

# MODELLGUSSPROTHESE

<b>PatientInnen ID</b>	<b>Benotung</b>
<b>Kriterien der Leistungsbeurteilung</b>	
<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>	
<b>Zwischenschritte bei Modellgussprothesen kontrolliert</b>	
<i>Vorbehandlung</i>	
<i>Planung</i>	
<i>Einschleifen der Aufleger</i>	
<i>Abformung</i>	
<i>Gerüstkontrolle</i>	
<b>Datum:</b>	<b>Unterschrift:</b>

## MODELLGUSSPROTHESE

<b>PatientInnen ID</b>	<b>Benotung</b>
<b>Kriterien der Leistungsbeurteilung</b>	
<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>	
<b>Zwischenschritte bei Modellgussprothesen kontrolliert</b>	
<i>Vorbehandlung</i>	
<i>Planung</i>	
<i>Einschleifen der Aufleger</i>	
<i>Abformung</i>	
<i>Gerüstkontrolle</i>	
<b>Datum:</b>	<b>Unterschrift:</b>

## AUFBISSSCHIENE

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

## AUFBISSSCHIENE

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

## 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

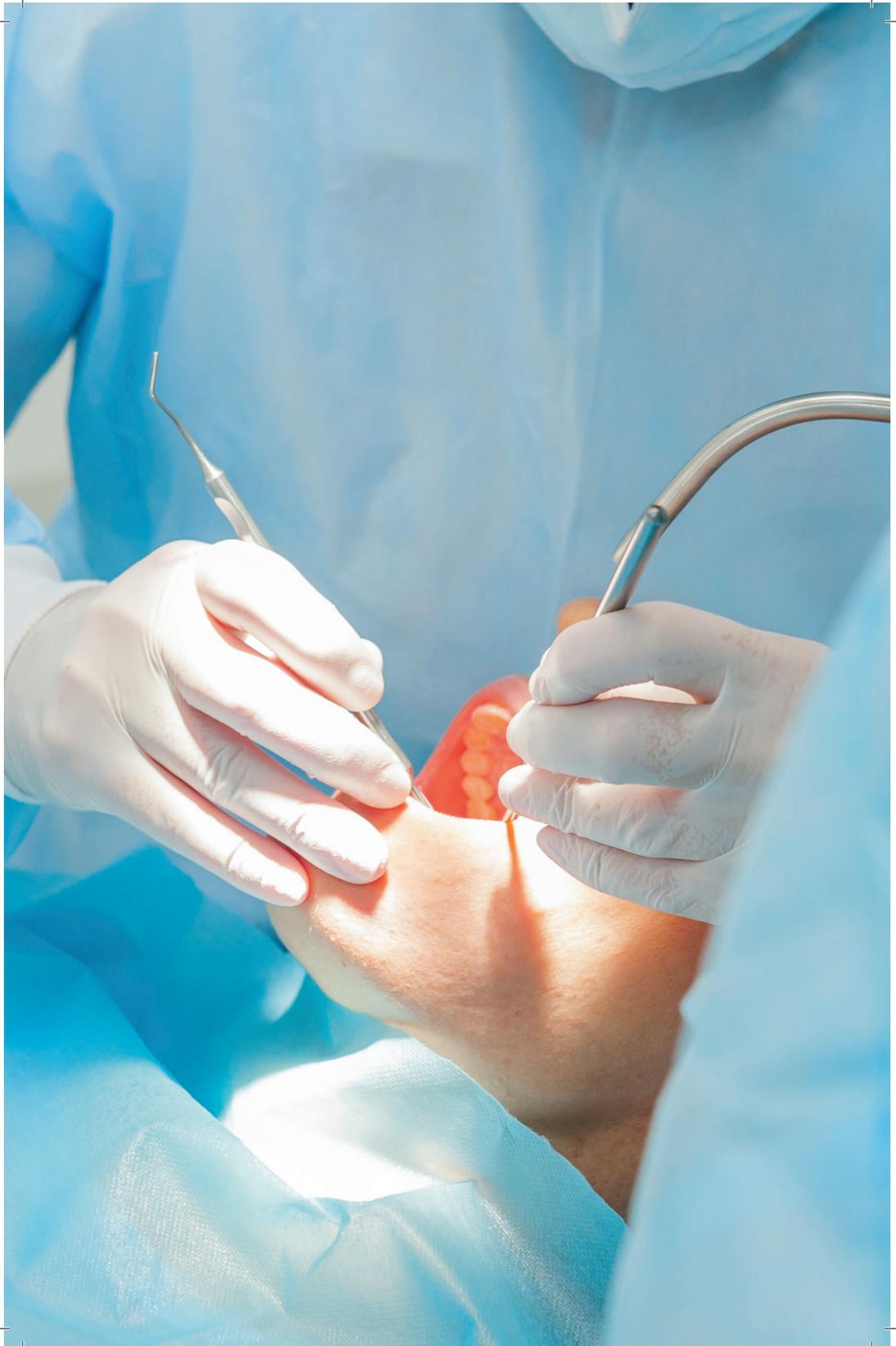
Name der/des Beurteilenden

Unterschrift, Stempel der/des Beurteilenden

## KRITERIEN-SKALA

### Beschreibung

<b>Gesamteindruck</b>	<b>Nähere Beschreibung</b>
<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

<b>Leistungserfordernisse</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Datum/Testat</b>
<b>Extraktionen (30)</b> <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)

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

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



# 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)

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

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

# Famulatur

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

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

# Praktische Prüfung im Rahmen der studienabschließenden Diplomprüfung:

APPROBATIONSREIFE IN DER ORALEN UND  
MAXILLOFAZIALEN CHIRURGIE:

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

<b>Gesamteindruck</b>	<b>Nähere Beschreibung</b>
<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