



European Federation of Oral Surgery  
Societies – EFOSS



Berufsverband Deutscher  
Oralchirurgen - BDO

## Einschreibungsformular

**Titel, Vorname, Name** \_\_\_\_\_

**Straße** \_\_\_\_\_

**Plz, Ort** \_\_\_\_\_

beantragt die Einschreibung für das Prüfungsverfahren zur Erlangung des Titels

**„Fellow of the European Board of Oral Surgery“**

gemäß Artikel 7 der Satzung der **„European Federation of Oral Surgery Societies – EFOSS“** vom 10.10.1998 und gemäß der vom Vorstand der „EFOSS“ am 29.03.2000 erlassenen Richtlinien.

**Ort, Datum:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift, Stempel:** \_\_\_\_\_

### Erläuterung:

**Die Einschreibung zur Teilnahme an dem Prüfungsverfahren setzt die Entrichtung einer Bearbeitungsgebühr i.H.v. 100,-- EUR an den „Berufsverband Deutscher Oralchirurgen – BDO“ als nationaler Mitgliedsverband der „EFOSS“ voraus.**

**Dem Antrag ist ein Verrechnungsscheck in Höhe von 100,-- EUR, ausgestellt auf die Adresse des „Berufsverbandes Deutscher Oralchirurgen – BDO“ (Anschrift: Theaterplatz 4, 56564 Neuwied), bzw. ein Nachweis über die Überweisung dieses Betrages mittels der nachfolgenden Bankverbindung, beigelegt:**

**Kontonummer: 0002572443**

**Bank: Deutsche Apotheker und Ärztebank**

**Blz: 23092620**

Das „**Europäische Zertifikat**“ im Fachbereich „**Oralchirurgie**“ bescheinigt besondere Qualifikationen in der „Oralchirurgie“ und ist vergleichbar dem „Certificate of Excellence“ anderer berufspolitischer oder wissenschaftlicher Gesellschaften. Es soll als Anreiz für eine besondere berufliche Qualifikation dazu beitragen, das Niveau der Oralchirurgie in Ausbildung und Praxis zu heben.

**Unabdingbare Voraussetzungen für die Einschreibung zur Teilnahme an der Prüfung zur Erlangung des „Europäischen Zertifikates“ im Fachbereich „Oralchirurgie“ sind:**

- 1. Approbation als „Zahnarzt“ oder im Bereich der Zahnheilkunde spezialisierter Mediziner**
- 2. Mitglied des „Berufsverbandes Deutscher Oralchirurgen – BDO“**

Mit der nachfolgenden Unterschrift wird die Erfüllung der o.g. Voraussetzungen bestätigt.

**Eine beglaubigte Kopie der Approbationsurkunde sowie eine Bescheinigung über die Mitgliedschaft im „Berufsverband Deutscher Oralchirurgen – BDO“ sind als Nachweise in der Anlage beizufügen!**

**Titel, Vorname, Name** \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift, Stempel : \_\_\_\_\_

## I. Bewertung des Lebenslaufs und der beruflichen Laufbahn der/des Antragstellerin/-s

**Titel, Vorname, Name** \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Bewertung gemäß „EFOSS“-Vorstandbeschluss vom 29.03.2000**

**Zusammensetzung/Mitglieder des Prüfungskomitees des „Berufsverbandes  
Deutscher Oralchirurgen – BDO“:**

1.

2.

3.

**Titel, Vorname, Name Antragstellerin/-er** \_\_\_\_\_

**Anschrift:**

---



---

### **1. anerkannte Weiterbildung - akademische Titel**

- 1.1. anerkannte Weiterbildung im Fachbereich „Oralchirurgie“
- 1.2. anerkannte Weiterbildung auf dem Gebiet der „Zahn-, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie“
- 1.3. anerkannter universitärer Titel (vergleichbar mit „Master Degree“) in den Fachbereichen „Oralchirurgie“, „Kieferchirurgie“ oder „Implantologie“ mit mindestens 3jähriger universitärer Weiterbildung in Übereinstimmung mit den europäischen Richtlinien

(10 Punkte für einen dieser Titel)

**Pro Weiterbildungstitel ist eine beglaubigte Kopie der Weiterbildungsurkunde in der Anlage beizufügen.**

geführte akademische Titel	Bewertung

**Titel, Vorname, Name Antragstellerin/-er** \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**2. berufliche Ausübung der „Oralchirurgie“, „Kieferchirurgie“ und „Implantologie“ über eine Dauer von:**

2.1.            mindestens 5 Jahren      (5 Punkte)

2.2.            mindestens 10 Jahren      (10 Punkte)

**Beglaubigte Zertifikate/Nachweise (ausgestellt durch Universitäten, Krankenhäuser, Weiterbildungsinstitute etc.) sind in der Anlage beizufügen!**

<b>berufliche Ausübung sowie Dauer der beruflichen Ausübung</b>	<b>Bewertung</b>

**Titel, Vorname, Name Antragstellerin/-er** \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**3. Lehrtätigkeit in den Bereichen „Oralchirurgie“, „Kieferchirurgie“, sowie „Implantologie“**

- 3.1. Ordinarius oder Abteilungsleiter an einer Hochschule der genannten Fachbereiche oder Habilitation in den genannten Bereichen (10 Punkte)
- 3.2. universitärer Lehrauftrag in den genannten Fachbereichen (0,5 Punkte pro Jahr/max. 5 Punkte)
- 3.3. Lehrbeauftragte/-r im Bereich „Postgraduate Education“ oder in postuniversitärer Weiterbildung (0,5 Punkte pro Jahr/ maximal 5 Punkte)

**Beglaubigte Nachweise sind in der Anlage beizufügen!**

<b>Lehrtätigkeit</b>	<b>Bewertung</b>

**Titel, Vorname, Name Antragstellerin/-er** \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### 4. Publikationen zu fachgebietsrelevanten Themen

4.1. Veröffentlichung von Fachbüchern (3 Punkte pro Publikation)

4.2. Buchbeiträge (1 Punkt pro Beitrag)

4.3. Publikationen in wissenschaftlichen Fachzeitschriften mit Index (1 Punkt pro Publikation)

Publikationen in medizinischen Fachzeitschriften (nicht wissenschaftliche Erstveröffentlichung, nicht indiziert) (0,1 Punkte pro Publikation)

**Bitte beglaubigte Nachweise beifügen!**

**Es sollte jedoch mindestens eine Kopie der Titelseite der Publikation als Nachweis beigefügt sein!**

Publikationen	Bewertung

**Titel, Vorname, Name Antragstellerin/-er** \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### 4.1. Publikation von Fachbüchern

<b>Titel</b>	
<b>Autor/-en</b>	
<b>Verlag</b>	
<b>Erscheinungsjahr</b>	
<b>Bestell-Nr. / ISBN-Nr.</b>	

<b>Titel</b>	
<b>Autor/-en</b>	
<b>Verlag</b>	
<b>Erscheinungsjahr</b>	
<b>Bestell-Nr. / ISBN-Nr.</b>	

<b>Titel</b>	
<b>Autor/-en</b>	
<b>Verlag</b>	
<b>Erscheinungsjahr</b>	
<b>Bestell-Nr. / ISBN-Nr.</b>	

Je nach Anzahl der Publikationen kann diese Seite kopiert werden.



**Titel, Vorname, Name Antragstellerin/-er** \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### 4.2. Publikation von Buchbeiträgen

<b>Buchtitel</b>	
<b>Buchautoren</b>	
<b>Titel des Buchbeitrages</b>	
<b>Autor/-en des Buchbeitrages</b>	
<b>Verlag</b>	
<b>Erscheinungsjahr</b>	
<b>Bestellnummer/ISBN-Nr.</b>	

<b>Buchtitel</b>	
<b>Buchautoren</b>	
<b>Titel des Buchbeitrages</b>	
<b>Autor/-en des Buchbeitrages</b>	
<b>Verlag</b>	
<b>Erscheinungsjahr</b>	
<b>Bestellnummer/ISBN-Nr.</b>	

**Als Nachweis über die Publikationen ist jeweils die erste und letzte Seite des jeweiligen Beitrages in der Anlage beizufügen.**

**Je nach Anzahl der Publikationen kann diese Seite kopiert werden.**

**Titel, Vorname, Name Antragstellerin/-er** \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### 4.3. Publikationen in wissenschaftlichen Zeitschriften (mit Index)

<b>Titel des Beitrages</b>	
<b>Autor/-en</b>	
<b>Titel Zeitschrift</b>	
<b>Literaturangabe (Umfang, Angabe Seitenzahl)</b>	

<b>Titel des Beitrages</b>	
<b>Autor/-en</b>	
<b>Titel Zeitschrift</b>	
<b>Literaturangabe (Umfang, Angabe Seitenzahl)</b>	

<b>Titel des Beitrages</b>	
<b>Autor/-en</b>	
<b>Titel Zeitschrift</b>	
<b>Literaturangabe (Umfang, Angabe Seitenzahl)</b>	

**Bitte Nachweise über die Publikationen beifügen!**

**Factor de impacto des Journal Citation Reports-Science Edition (1999)**

**Titel, Vorname, Name Antragstellerin/-er** \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### 4.4. Publikationen in medizinischen Fachzeitschriften (nicht indiziert)

<b>Titel des Beitrages</b>	
<b>Autor/-en</b>	
<b>Titel Zeitschrift</b>	
<b>Literaturangabe (Umfang, Angabe Seitenzahl)</b>	

<b>Titel des Beitrages</b>	
<b>Autor/-en</b>	
<b>Titel Zeitschrift</b>	
<b>Literaturangabe (Umfang, Angabe Seitenzahl)</b>	

<b>Titel des Beitrages</b>	
<b>Autor/-en</b>	
<b>Titel Zeitschrift</b>	
<b>Literaturangabe (Umfang, Angabe Seitenzahl)</b>	

**Je nach Anzahl der Publikationen kann diese Seite kopiert werden.  
Bitte Nachweise über die Publikationen beifügen!**

**Titel, Vorname, Name Antragstellerin/-er** \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **5. Forschung/Wissenschaft**

5.1. subventionierte wissenschaftliche Forschungsprojekte  
(2 Punkte je Projekt)

5.2. nicht subventionierte wissenschaftliche Forschungsprojekte  
(0,5 Punkte je Projekt)

5.3. anerkannte Promotion, Doktorgrad der Medizin oder Zahnmedizin  
(5 Punkte)

<b>Forschungsprojekt</b>	<b>Bewertung</b>

**Bitte beglaubigte Bescheinigungen beifügen!**

**Titel, Vorname, Name Antragstellerin/-er** \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **5.1. subventionierte Forschungsprojekte**

**Titel des Projektes**

**Projektleiter**

**wissenschaftliche Mitarbeiter**

**subventionierende Einrichtung**

**zusammenfassende Beschreibung des Forschungsprojektes:**

**Bitte beglaubigte Bescheinigungen beifügen!  
Diese Seite kann zur Angabe mehrerer subventionierter Forschungsprojekte  
kopiert werden!**

**Titel, Vorname, Name Antragstellerin/-er** \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**5.2. nicht subventionierte Forschungsprojekte (evtl. Subvention durch private Einrichtungen)**

**Titel des Projektes**

**Projektleiter**

**wissenschaftliche Mitarbeiter**

**kooperierende Firmen/  
Einrichtungen**

**zusammenfassende Beschreibung des Forschungsprojektes:**

**Bitte beglaubigte Bescheinigungen beifügen!  
Diese Seite kann zur Angabe mehrerer subventionierter Forschungsprojekte  
kopiert werden!**

**Titel, Vorname, Name Antragstellerin/-er** \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 6. weitere berufliche und/oder wissenschaftliche Anerkennungen

6.1. wissenschaftliche Vorträge (nationale Kongresse 0,1 Punkte;  
internationale Kongresse 0,5 Punkte)

6.2. Organisation von Kongressen, Kursen,  
Symposien, etc. (national 0,1 Punkte;  
international 0,5 Punkte)

6.3. Vorstandstätigkeit (Krankenhausanstalten,  
Universität, Fachgesellschaften,  
Berufsverbände) (maximal 5 Punkte)

6.4. Andere, bisher nicht genannte  
Auszeichnungen (maximal 5 Punkte)

<b>Art der beruflichen und/oder wissenschaftlichen Anerkennung</b>	<b>Bewertung</b>

**Bitte beglaubigte Bescheinigungen beifügen!**

**Titel, Vorname, Name Antragstellerin/-er** \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**6.1. wissenschaftliche Vorträge (mündlicher Vortrag, Poster, Video, etc.)**

<b>Titel</b>	
<b>Autor/-en</b>	
<b>Congress</b>	
<b>Congressveranstalter</b>	
<b>Veranstaltungsort</b>	
<b>Veranstaltungsdatum/ -zeitraum</b>	

<b>Titel</b>	
<b>Autor/-en</b>	
<b>Congress</b>	
<b>Congressveranstalter</b>	
<b>Veranstaltungsort</b>	
<b>Veranstaltungsdatum/ -zeitraum</b>	

**Bitte beglaubigte Bescheinigungen beifügen!**  
**Diese Seite kann bei Bedarf kopiert werden!**



**Titel, Vorname, Name Antragstellerin/-er** \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**6.2. Organisation von Congressen, Fortbildungsveranstaltungen, Kursen, Symposien, etc.**

<b>Veranstaltung</b>	
<b>Veranstaltungsleiter</b>	
<b>Congress</b>	
<b>Veranstaltungsort</b>	
<b>Veranstaltungsdatum/ -zeitraum</b>	

<b>Veranstaltung</b>	
<b>Veranstaltungsleiter</b>	
<b>Congress</b>	
<b>Veranstaltungsort</b>	
<b>Veranstaltungsdatum/ -zeitraum</b>	

<b>Veranstaltung</b>	
<b>Veranstaltungsleiter</b>	
<b>Congress</b>	
<b>Veranstaltungsort</b>	
<b>Veranstaltungsdatum/ -zeitraum</b>	

**Bitte beglaubigte Bescheinigungen beifügen!  
Diese Seite kann bei Bedarf kopiert werden!**

**Titel, Vorname, Name Antragstellerin/-er** \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 6.3. Vorstandstätigkeit

<b>Verband/Organ oder Einrichtung</b>	
<b>Funktion</b>	
<b>Zeitraum</b>	

<b>Verband/Organ oder Einrichtung</b>	
<b>Funktion</b>	
<b>Zeitraum</b>	

<b>Verband/Organ oder Einrichtung</b>	
<b>Funktion</b>	
<b>Zeitraum</b>	

**Bitte beglaubigte Bescheinigungen beifügen!**  
**Diese Seite kann bei Bedarf kopiert werden!**

**Titel, Vorname, Name Antragstellerin/-er** \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### **6.4. weitere, bisher nicht aufgeführte Anerkennungen**

**Bitte beglaubigte Bescheinigungen beifügen!**

**Diese Seite kann bei Bedarf kopiert werden!**

**Titel, Vorname, Name Antragstellerin/-er** \_\_\_\_\_

**Anschrift:**

---



---

**Zusammenfassende Bewertung des Lebenslaufes und der beruflichen Laufbahn**

Akte Nr.:

Ort, Datum

	<b>Bewertung</b>
<b>akademische Titel</b>	
<b>berufliche Ausbildung</b>	
<b>Lehrtätigkeit</b>	
<b>Publikationen</b>	
<b>Forschungsprojekte</b>	
<b>weitere Anerkennungen</b>	

**Gesamt:**

**Ort, Datum:**

---

**Dr. Horst Luckey / Germany**

---

## Einschreibungsformular

für das **theoretische/praktische Examen** zur

zur Erlangung des Titels

**„Fellow of the European Board of Oral Surgery“**

gemäß Artikel 7 der Satzung der „European Federation of Oral Surgery Societies – EFOSS“ vom 10.10.1998 und gemäß der vom Vorstand der „EFOSS“ am 29.03.2000 erlassenen Richtlinien.

**Titel, Vorname, Name Antragstellerin/-er** \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nach Auswertung des Lebenslaufes und der beruflichen Laufbahn durch das Prüfungskomitee des „Berufsverbandes Deutscher Oralchirurgen – BDO“ hat der Prüfungskandidat eine Gesamtpunktzahl von .....Punkten erlangt. Die Einschreibung für das theoretisch-praktische Examen zur Erlangung des Titels „Fellow of the European Board of Oral Surgery“ wird beantragt.

### Erläuterung:

**Die Einschreibung zur Teilnahme an dem theoretisch-praktischen Prüfungsteil setzt die Entrichtung einer Bearbeitungsgebühr i.H.v. 300,-- EUR an die „European Federation of Oral Surgery Societies – EFOSS“ voraus. Dem Antrag ist ein Verrechnungsscheck in Höhe von 300,-- EUR, ausgestellt auf die Adresse der „European Federation of Oral Surgery Societies - EFOSS“**

### **Anschrift:**

Prof. Damien DURAN  
Service d'Odontologie  
3 Chemin des Maraichers  
F-31062 Toulouse / FRANCE

**bzw. ein Nachweis über die Überweisung dieses Betrages mittels der nachfolgenden Bankverbindung, beigelegt.**

**Die Bankverbindung des Schatzmeisters der EFOSS, Prof. Damien DURAN / Frankreich lautet:**

EFOSS – C/O Prof. Damien DURAN  
Crédit Lyonnais / EFOSS  
IBAN: FR663000 2040 4900 0007 0448 Z91  
BIC: CRL YFRPP

## Auswertung des theoretisch-praktischen Examens

**Titel, Vorname, Name Antragstellerin/-er** \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Aktennummer:**

**Examensdatum:**

	<b>Bewertung</b>
<b>1. Fall</b>	
<b>2. Fall</b>	
<b>3. Fall</b>	
<b>4. Fall</b>	

**Ort, Datum**

- Prüfer 1 -

- Prüfer 2 -

- Prüfer 3 -



## EUROPÄISCHES ZERTIFIKAT IM FACHBEREICH „ORALCHIRURGIE“

Hiermit wird

Aktennummer:

**der Titel des**

**„Fellow of the European Board“**

nach entsprechender Auswertung durch die Prüfungskomitees des

**„Berufsverbandes Deutscher Oralchirurgen – BDO“**

und der

**“European Federation of Oral Surgery Societies – EFOSS“**

verliehen.

**Bewertung**

**Lebenslauf und berufliche Laufbahn**

**theoretisch-praktisches Examen**

**Gesamt:**

Ort, Datum

**Dr. Horst Luckey**  
**- Pastpräsident „EFOSS“ -**