

Praxisstempel:

---Rückantwort an die Universität---

Universität des Saarlandes
Medizinische Fakultät
Dekanat Geb. 15
66421 Homburg

**Vereinbarung zur Durchführung einer Famulatur nach
§ 15 Zahnärztliche Approbationsordnung**

zwischen der Universität des Saarlandes, Postfach 15 11 50, 66041 Saarbrücken, vertreten durch den Universitätspräsidenten, für die Medizinische Fakultät, Campus Homburg, 66421 Homburg und

Name der Praxis

Name des Zahnarztes / der Zahnärztin

Name des Praxisinhabers / der Praxisinhaberin

Straße

Postleitzahl, Ort

Ich erkläre hiermit, dass ich die Approbation als Zahnärztin/als Zahnarzt besitze und selbst an der Patientin/dem Patienten praktisch zahnärztlich in der oben genannten Einrichtung tätig bin.

Ich erkläre mich bereit, Studentinnen / Studenten der Zahnmedizin im Rahmen der nach § 15 der Zahnärztlichen Approbationsordnung (ZApprO) geforderten Famulatur für die Dauer von 2 Wochen oder 4 Wochen als FamulantIn / Famulant aufzunehmen.

Ich erkläre, dass ich die Rahmenbedingungen nach § 15 ZApprO anerkenne: Die Famulatur ist ganztätig abzuleisten. Sie dauert insgesamt vier Wochen. Die Famulatur ist mindestens zwei Wochen bei demselben Zahnarzt oder bei derselben Zahnärztin abzuleisten, ohne dass die Studierenden bereits selbstständig an dem Patienten oder an der Patientin tätig werden. Die Famulatur darf nur unter der

Aufsicht und Leitung einer Person in der Praxis durchgeführt werden, die die Approbation als Zahnarzt oder als Zahnärztin besitzt und selbst an dem Patienten oder an der Patientin praktisch zahnärztlich tätig ist. Nach Abschluss der Famulatur ist ein Zeugnis auszustellen, das die Anforderungen des § 15 Abs. 4 ZApprO erfüllt.

Ich erkläre und versichere: Die Famulatur wird von mir persönlich geleitet. Sollte ich verhindert sein, ist die ständige Anwesenheit einer approbierten Zahnärztin/eines approbierten Zahnarztes in der Zahnarztpraxis gewährleistet. Eine eigenständige Tätigkeit am Patienten wird durch die Studentin/den Studenten nicht stattfinden. Die Famulatur kann vor Ablauf der vereinbarten Dauer nur aus außerordentlichen Gründen beendet werden. Die Beschäftigung der jeweiligen Famulanten in der Zahnarztpraxis wird meiner und der Berufshaftpflichtversicherung des Praxisinhabers/der Praxisinhaberin angezeigt. Das auf der Folgeseite angeführte Zeugnis fülle ich nach Abschluss der Famulatur aus.

Die Vereinbarung gilt zunächst vom 01.10.2023 bis 30.09.2024. Sie verlängert sich um jeweils ein Jahr, wenn sie nicht mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten zum Ende des Studienjahres gekündigt wird. Diese Kündigungsfrist gilt auch im Falle einer Vertragsverlängerung.

Ort, Datum _____

(Unterschrift des Zahnarztes / der Zahnärztin)

Ort, Datum _____

(Universitätspräsident)

Ort, Datum _____

(Dekan der Medizinischen Fakultät)