

Ludwig-Maximilians-Universität München
Dekanat der Medizinischen Fakultät der LMU München
Bavariaring 19
80336 München

**Vereinbarung über die Durchführung der Famulatur
nach § 15 Approbationsordnung für Zahnärzte und Zahnärztinnen (ZApprO)**

zwischen der Ludwig-Maximilians-Universität München, Körperschaft des öffentlichen Rechts

und

Name des Zahnarztes / der Zahnärztin

Name der Praxis

Straße

Postleitzahl, Ort

E-Mail Adresse

für die unentgeltliche Aufnahme des / der Famulierenden

Name des / der Studierenden

Matrikelnummer

Straße

Postleitzahl, Ort

I.
Zweck der Famulatur

Die Famulatur nach § 15 ZApprO hat den Zweck, die Studierenden mit der praktischen zahnärztlichen Tätigkeit auf verschiedenen zahnärztlichen Berufs- und Tätigkeitsfeldern mit unmittelbarem Patientenkontakt vertraut zu machen, ohne dass die Studierenden bereits selbstständig an dem Patienten oder an der Patientin tätig werden. Zur Qualitätssicherung wird die Famulatur nach Vorgaben der Universität evaluiert.

II.
Dauer der Famulatur

Die Famulatur dauert insgesamt vier Wochen.

Sie ist mindestens zwei Wochen bei demselben Zahnarzt oder derselben Zahnärztin abzuleisten.

Die Famulatur ist in der unterrichtsfreien Zeit ganztätig mit einem Umfang von mindestens 30 Stunden pro Woche abzuleisten.

Die Famulatur dauert in der Praxis 2 Wochen

Die Famulatur dauert in der Praxis 4 Wochen

Die Famulatur kann vor Ablauf der vereinbarten Dauer nur aus außerordentlichen Gründen beendet werden.

III.
Erklärung des Zahnarztes / der Zahnärztin

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

Die Famulatur wird von mir persönlich geleitet. Sollte ich verhindert sein, ist die ständige Anwesenheit eines approbierten Zahnarztes / einer approbierten Zahnärztin in der Zahnarztpraxis gewährleistet.

Eine eigenständige Tätigkeit an dem Patienten oder an der Patientin wird durch den oben genannten Studierenden / die oben genannten Studierende nicht stattfinden.

Ich übe den zahnärztlichen Beruf seit mindestens drei Jahren aus.

Der „Muster-Aufgabenkatalog für Zahnarztpraxen oder andere Einrichtungen der zahnärztlichen Patientenversorgung im Rahmen der Famulatur“ (u.a. abrufbar auf der Website der Bayerischen Landes Zahnärztekammer) ist mir bekannt.

IV.

Haftung und Versicherungsschutz

Die Beschäftigung des / der Studierenden in der Zahnarztpraxis wird der Berufshaftpflichtversicherung des Zahnarztes / der Zahnärztin und ggf. der Praxishaftpflichtversicherung des Praxisinhabers / der Praxisinhaberin angezeigt. Für die Studierenden besteht für die Zeit der Famulatur kein Unfallversicherungsschutz über die Universität. Zuständig ist der für die Praxis zuständige Unfallversicherungsträger. Für Schäden, die der oben genannten Einrichtung durch die Tätigkeit des oben genannten Studierenden/ der oben genannten Studierenden entstehen, sind die Ludwig-Maximilians-Universität München und der Freistaat Bayern nicht verantwortlich; eine entsprechende Haftung ist nur im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften möglich.

V.

Zeugnis

Nach Abschluss der Famulatur ist ein Zeugnis nach dem Muster der Anlage 11 ZApprO auszustellen.

Ein Zeugnisentwurf liegt dieser Vereinbarung als Anlage 1 bei.

Ort, Datum

.....
Name in Druckbuchstaben

.....
Unterschrift des Zahnarztes / der Zahnärztin

Praxisstempel:

Der vorgenannte Zahnarzt / die vorgenannte Zahnärztin wird aufgrund der vorstehenden Vereinbarung zur Durchführung der Famulatur gem. § 15 Abs. 2 ZApprO für persönlich und fachlich als geeignet angesehen.

Ort, Datum

.....
Unterschrift / Stempel Studiendekanat Zahnmedizin

.....
(Name in Druckbuchstaben)

Zeugnis
über die Famulatur

Approbationsordnung für Zahnärzte und Zahnärztinnen (ZApprO)
Anlage 11 (zu § 15 Absatz 2 Satz 3)

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

hat nach bestandenem Ersten Abschnitt der Zahnärztlichen Prüfung

vom bis zum

regelmäßig unter meiner Aufsicht und Leitung die Famulatur absolviert. Während dieser Zeit ist der / die Studierende in der(Bezeichnung der Einrichtung) vorzugsweise mit Tätigkeiten auf dem Gebiet beschäftigt worden.

Die Ausbildung ist unterbrochen worden:

Nein

Ja von bis

Ort, Datum

Unterschrift des Zahnarztes/ der Zahnärztin

Praxisstempel: