

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

zwischen

der Georg-August-Universität Göttingen, Stiftung Öffentliches Recht, **Universitätsmedizin Göttingen**, Robert-Koch-Str. 40, 37075 Göttingen

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 Zahnarzt / Zahnärztin besitze und selbst an dem Patienten / an der Patientin praktisch zahnärztlich in der oben genannten Einrichtung tätig bin.

Ich erkläre mich bereit, den folgend genannten Studierenden / die folgend genannte Studierende

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

im Rahmen der nach § 15 der Zahnärztlichen Approbationsordnung (ZApprO) geforderten Famulatur für die Dauer von 2 Wochen / 4 Wochen (*bitte nicht Zutreffendes streichen*) als Famulant / FamulantIn

ab dem (*bitte Beginn der Famulatur einfügen*):

\_\_\_\_\_

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 Studierenden 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.

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

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift/Stempel des Zahnarztes / der Zahnärztin)

### Universitätsmedizin Göttingen

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Wolfgang Brück  
Dekan der Medizinischen Fakultät und Vorstand für Forschung und Lehre

## Zeugnis

über eine Famulatur entsprechend § 15 Absatz 2 Satz 3 der Zahnärztlichen Approbationsordnung

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 vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift/Stempel des Zahnarztes / der Zahnärztin)