

ORDINATIONSSCHWERPUNKTE

* Titel, Vor- u. Zuname(n): _____

* Straße, Hausnummer: _____

* Postleitzahl/Ort: _____

Zutreffendes bitte ankreuzen

Kieferorthopädie

- ausschließlich abnehmbar ja
- abnehmbar und feststehend ja
- ausschließlich kieferorthopädisch tätig ja
- bei der Stmk. GKK registrierter qualifizierter Wahlkieferorthopäde ja

Schwerpunkt Implantologie ja

Schwerpunkt Endodontie ja

Schwerpunkt zahnärztliche Chirurgie ja

Prophylaxe

- Gruppenprophylaxe ja
- professionelle mechanische Zahnreinigung (PMZR) ja

Parodontologie

- konservative PA-Therapie - Recall Betreuung ja
- spezielle parodontologische Chirurgie
 (resektive, augmentative, mukogingivale) ja

Funktions- und Kiefergelenksdiagnostik/-therapie ja

Lasieranwendung

- bei Kavitätenpräparation ja
- bei Wurzelbehandlung ja
- bei chirurgischen Verfahren ja

Kinderzahnbehandlung als Schwerpunkt ja

Behandlung von Menschen mit besonderen Bedürfnissen

- Menschen mit Beeinträchtigungen ja
- Angstpatienten ja
- schwer behandelbare Kinder ja

Sonstiges

- | | |
|---|-----------------------------|
| Behandlung in Hypnose | ja <input type="checkbox"/> |
| Behandlung in Narkose | ja <input type="checkbox"/> |
| Akupunktur | ja <input type="checkbox"/> |
| ganzheitliche Zahnheilkunde | ja <input type="checkbox"/> |
| Materialaustattung | ja <input type="checkbox"/> |
| mobile Behandlungseinheit für Hausbesuche | ja <input type="checkbox"/> |
| Gerichtssachverständiger | ja <input type="checkbox"/> |

Fremdsprachen: _____

Änderungen sind der LZÄK für Steiermark bitte immer schriftlich bekannt zu geben.

Ich bin damit einverstanden, dass die von mir angegebenen Ordinationsschwerpunkte/-merkmale auf der Homepage der LZÄK veröffentlicht werden und bei allfälligen Anfragen an KollegInnen und PatientInnen weitergegeben werden.

Datum

Unterschrift