



Absender

Verband Österreichischer Kieferorthopäden
- Geschäftsstelle -
Waidhausenstraße 11/2
1140 Wien

office@voek.info

FAX 01/914 90 90 - 9

Anmeldung zum Austrian Board of Orthodontists

Hiermit melde ich mich zum nächstmöglichen Termin zur Erlangung des Austrian Board of Orthodontists (ABO) an. Gleichzeitig bestätige ich hiermit, dass ich

- seit mindestens 5 Jahren in eigener Praxis vorwiegend kieferorthopädisch tätig bin
- seit mindestens 5 Jahren in eigener Praxis ausschließlich kieferorthopädisch tätig bin
- seit mindestens 5 Jahren als Kieferorthopäde/-in in der Praxis / im Institut
..... angestellt bin
- seit mindestens 5 Jahren an der kieferorthopädischen Abteilung der Universität
..... tätig bin

**Entsprechende Nachweise (Lebenslauf, Bestätigungen) sind zu erbringen.
Die aktuellen Richtlinien zur Erlangung des ABO sind mir bekannt (www.abo.or.at).
Bitte Rückseite ebenfalls ausfüllen!**

Name

Adresse

PLZ Ort

Telefon Fax

e-mail

.....
Ort

.....
Datum

.....
Unterschrift

- Hiermit bestätige ich, dass die von mir bei der ABO-Prüfung vorgelegten Patient:innen-Präsentationen von mir persönlich, alleine und eigenverantwortlich kieferorthopädisch geplant und behandelt worden sind.
- Hiermit gebe ich meine unwiderrufliche Zustimmung, dass im Falle eines begründeten Verdachts eine zur berufsmäßigen Verschwiegenheit verpflichtete Person anhand meiner Patient:innenkartei überprüfen kann, ob eine zum ABO vorgelegte Patient:innen-Präsentation aus dem Kreis meiner kieferorthopädisch behandelten Patient:innen entnommen worden ist.
- Hiermit bestätige ich, dass ich die Entscheidungen der Prüfungskommission als endgültig akzeptieren werde.

.....
Name in Blockbuchstaben

.....
Unterschrift

.....
Ort

Datum