WIR FÜR DICH
NEXT TO YOU
DEUTSCHE GESELLSCHAFT
FÜR ORALE IMPLANTOLOGIE

ZERTIFIZIERUNG IN DER ORALEN IMPLANTOLOGIE

Titel Vorname Name

PLZ, Ort Straße

Land E-Mail

Ich besitze zum heutigen Datum folgende Zertifizierung in der oralen Implantologie (bitte Nachweise beifügen):

☐ Curriculum Implantologie, absolviert bei: _____

☐ Curriculum Implantatprothetik, absolviert bei: _____

☐ Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie

- ☐ BDIZ EDI
- ☐ Sonstige _____

(Die Führung eines von der DGOI anerkannter Tätigkeitsschwerpunktes Implantologie ist Vorraussetzung für die Anerkennung als Patenzahnarzt der DGOI.)

☐ Experten-/Spezialistenprüfung, absolviert bei: _____

☐ ICOI

- ☐ Fellow
- ☐ Diplomate

☐ Sonstiges _____

Ort, Datum

Unterschrift Praxisstempel

Deutsche Gesellschaft für Orale Implantologie e.V. (DGOI) Wilderichstraße 9 | 76646 Bruchsal/Germany
Phone +49 (0)7251 618996-0 | Fax +49 (0)7251 618996-26 | E-Mail mail@dgoi.info | **www.dgoi.info**