

An die  
DGZS-Geschäftsstelle  
- Zertifizierungsausschuss -  
Carl-Pulfrich-Straße 1  
07745 Jena

### Antrag auf DGZS-Rezertifizierung für 2027-2028

Mir ist bekannt, dass die DGZS-Zertifizierung zweijährig im Rahmen der Rezertifizierung durch kontinuierliche Fortbildung auf dem Gebiet der Schlafmedizin/Zahnärztlichen Schlafmedizin aufrechterhalten werden muss.

Hiermit stelle ich den Antrag auf Rezertifizierung durch die DGZS und sende beigefügt folgende Nachweise fristgerecht bis zum **31.12.2026** an die Geschäftsstelle:

- **Nachweis der Teilnahme an einem DGZS-Symposium innerhalb der letzten 2 Jahre**  
oder
- **Nachweis der Teilnahme an schlafmedizinischer oder zahnärztlich/schlaf-medizinischer Fortbildung über mindestens 10 Stunden**

- Ich bestätige, dass ich DGZS-Mitglied bin.  
 Ich bestätige, dass ich approbierter Zahnmediziner/in bin.

---

Titel Vorname Name des Antragstellers

---

Straße Hausnummer

---

PLZ Ort

---

Telefon

Fax

---

E-Mail-Adresse

Ich ermächtige die DGZS-Geschäftsstelle, die Rezertifizierungsgebühr in Höhe von **50,- EUR** von meinem Konto abzubuchen:

---

Bank

---

IBAN

BIC

---

Name Kontoinhaber

Unterschrift Kontoinhaber

---

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

**DGZS e.V.**  
Deutsche Gesellschaft  
Zahnärztliche Schlafmedizin e.V.  
Carl-Pulfrich-Straße 1 • 07745 Jena  
Deutsche Apotheker- und Ärztekbank  
IBAN: DE55 3006 0601 0005 1682 01  
BIC: DAAEDEDXXX

**Kontakt**  
Tel. 03641 3116 470  
info@dgzs.de  
www.dgzs.de  
VrNr. 20669NZ, Sitz: Berlin

**Vorstand**  
Dr. Claus Klingenberg, Aerzen  
Dr. Dagmar Norden, Oldenburg  
Dr. Horst Kares, Saarbrücken  
Prof. Dr. Heike Korbmacher-Steiner, Marburg  
Dr. Emil Krumholz, Frankfurt  
Bianca Maus, List auf Sylt