

Antrag

auf Anerkennung als Weiterbildungspraxis/-klinik SSO für allgemeine Zahnmedizin

Persönliche Daten

Name:

Vorname:

Praxis- oder Klinikadresse:

PLZ/Ort:

E-Mail:

Diplom

Universität:

Diplomjahr:

Gleichwertigkeitsanerkennung:

Titel:

Fachliche Anforderungen

Inhaber eines Weiterbildungsausweises SSO

- für allgemeine Zahnmedizin
- für Endodontologie
- für Kinderzahnmedizin
- für präventive und restaurative Zahnmedizin
- für orale Implantologie

Inhaber eines Fachzahnarzttitels

- Fachzahnarzt für Kieferorthopädie
- Fachzahnarzt für Oralchirurgie
- Fachzahnarzt für Parodontologie
- Fachzahnarzt für Rekonstruktive Zahnmedizin

Selbstdeklaration

Ich erkläre wahrheitsgemäss,

- dass ich zum Zeitpunkt dieser Erklärung über eine **langjährige** Erfahrung in der Ausbildung von Zahnarztassistenten verfüge;
 - dass meine Praxis/Klinik mindestens zwei voll eingerichtete zahnärztliche Behandlungszimmer umfasst und über einen strukturierten Personaleinsatz inkl. Stuhlassistenz verfügt;
 - dass meine Weiterbildungspraxis/-klinik strukturierte Infektionskontrollmassnahmen und ein Sterilisationskonzept gemäss Qualitätsleitlinien SSO besitzt;
 - dass ich über ein Zahnröntgengerät, OPT und Fernröntgengerät verfüge oder es besteht Zugang zu OPT und Fernröntgen alio loco;
 - dass ich eine EDV-gestützte Administration betreibe;
 - dass in der Praxis/Klinik eine Fortbildung per Internet möglich ist;
 - dass ich als Ausbildungsleiter dem Weiterzubildenden für Beratung und Supervision während den Praxisöffnungszeiten (in Problemfällen und bei Komplikationen umgehend) zur Verfügung stehe;
 - dass ich mit meinem Weiterzubildenden regelmässig Fallplanungen und -dokumentationen bespreche;
 - dass ich meinem Weiterzubildenden die Teilnahme an Weiter- und Fortbildungskursen ermögliche, mit ihm quartalsweise ein strukturiertes Qualifikationsgespräch führe und im Zwischen-/Schlusszeugnis neben den sozialen Kompetenzen auch die erreichten fachlichen Kompetenzen aufgelistet werden, entsprechend den Weisungen des Fachausschusses allgemeine Zahnmedizin.
- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Praxis/Klinik von einer Fachperson visitiert wird.
- Ich kann ab dem _____ einen Weiterbildungsplatz zur Verfügung stellen und bin einverstanden, dass meine Adresse den interessierten WB-Assistenten mitgeteilt wird.

Ort, Datum:

Unterschrift:

Beilage: Weiterbildungskonzept der Praxis

Büro für zahnmedizinische Weiterbildung, Sekretariat BZW, Thunstrasse 7, Postfach, 3001 Bern
Tel. +41 31 313 31 32, sekretariat@bzw-ss.ch