

Antrag

auf Rezertifizierung als Weiterbildungspraxis/-klinik SSO für allgemeine Zahnmedizin

Persönliche Daten

Name:

Vorname:

Praxis- oder Klinikadresse:

PLZ/Ort:

E-Mail:

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.
- Ich habe bereits einen WB-Assistenten/WB-Assistentin ausgebildet.
Name: _____
- Ich habe einen WB-Assistenten/eine WB-Assistentin in Weiterbildung
Name: _____

Ort, Datum:

Unterschrift:

Beilage: Weiterbildungskonzept der Praxis

Kosten für die Rezertifizierung: CHF 400.—

Die Unterlagen sind einzureichen an:

Büro für zahnmedizinische Weiterbildung, Sekretariat BZW, Thunstrasse 7, Postfach, 3001 Bern

Tel +41 31 313 31 32, sekretariat@bzw-ss0.ch