

Demande

de reconnaissance en qualité d'établissement de formation postgrade en médecine dentaire générale accrédité par la SSO

Informations relatives à la personne du formateur

Nom :

Prénom :

Adresse du cabinet ou de la clinique :

NPA/lieu :

E-mail :

Informations relatives au diplôme du formateur

Université :

Année du diplôme :

Equivalence du diplôme :

Titre :

Exigences professionnelles :

Titulaire du certificat SSO de formation postgrade en

- médecine dentaire générale
- endodontologie
- pédodontie
- médecine dentaire préventive et restaurative
- implantologie orale

Titulaire du diplôme fédéral de

- spécialiste en orthodontie
- spécialiste en chirurgie orale
- spécialiste en parodontologie
- spécialiste en médecine dentaire reconstructive

Déclaration du formateur responsable

Je déclare sur l'honneur que

- au moment de cette déclaration, je dispose d'une longue expérience en qualité de formateur de médecins-dentistes assistants ;
 - mon cabinet / la clinique compte au moins deux salles de traitement complètement équipées et dispose d'un effectif d'assistance adéquat, assistance au fauteuil compris ;
 - mon cabinet / la clinique dispose d'un plan de mesures de prévention d'infections et d'un plan de stérilisation conformes aux lignes directrices de la SSO relatives à la qualité en médecine dentaire ;
 - mon cabinet / la clinique dispose d'appareils de radiographie dentaire (orthopantomographie et téléradiographie) ou d'un accès à un tel équipement) ;
 - mon cabinet / la clinique dispose d'une administration assistée par ordinateur ;
 - mon cabinet / la clinique dispose d'un accès aux offres de formation en ligne ;
 - en ma qualité de formateur, je m'engage à me tenir à la disposition du candidat pour le conseiller et le superviser durant les heures d'ouverture du cabinet / de la clinique (immédiatement en cas de problème ou de complications) ;
 - je m'engage à discuter régulièrement des planifications et des documentations de cas avec le candidat ;
 - je m'engage à permettre au candidat de participer à des cours de formation postgrade et continue, à procéder trimestriellement à des entretiens de qualification structurés et à ce que, outre les compétences sociales, les certificats intermédiaires et final que j'établirai énumèrent également les compétences techniques du candidat conformément aux directives de la commission CFP SSO « Médecine dentaire générale ».
- Je donne mon accord à la visite de mon cabinet / de la clinique par un expert.
- Je peux / la clinique peut offrir une place de formation postgrade à partir du _____ et j'accepte que mon adresse soit communiquée aux personnes intéressés.

Lieu, date :

Signature :

Annexe : Programme de formation du cabinet

Bureau pour la formation postgrade, Secrétariat BZW, Thunstrasse 7, case postale, 3001 Berne
Tél. +41 31 313 31 32, sekretariat@bzw-ssso.ch