

## Demande

### d'obtention du certificat SSO de formation postgrade en médecine dentaire générale

#### Informations relatives à la personne

Nom :

---

Prénom :

---

Adresse du cabinet ou de la clinique :

---

NPA / Lieu :

---

#### Diplôme

Titre :

---

Pays :

---

Diplôme de médecin-dentiste :

---

Examen fédéral :

---

Membre de la SSO :  oui  non

Section :

---

Annexes :

– Copie du diplôme ou lettre de reconnaissance de L'OFSP

**J'ai suivi le cursus de formation postgrade structurée de trois ans conduisant à l'obtention du certificat SSO de formation postgrade en médecine dentaire générale auprès des cabinets et cliniques dentaires mentionnés ci-après :**

Nom du propriétaire du cabinet / de la clinique	Lieu	Employé de ..... à .....	Occupation en %	Liste des domaines
				<input type="checkbox"/> Domaine A (Administration et gestion du cabinet en tant que PME) <input type="checkbox"/> Domaine B (Médecine générale et stomatologie) <input type="checkbox"/> Domaine C (Diagnostic et planification) <input type="checkbox"/> Domaine D (Chirurgie orale, parodontologie et chirurgie implantologique) <input type="checkbox"/> Domaine E (Restauration et reconstruction orales) <input type="checkbox"/> Domaine F (Médecine dentaire spéciale)
				<input type="checkbox"/> Domaine A (Administration et gestion du cabinet en tant que PME) <input type="checkbox"/> Domaine B (Médecine générale et stomatologie) <input type="checkbox"/> Domaine C (Diagnostic et planification) <input type="checkbox"/> Domaine D (Chirurgie orale, parodontologie et chirurgie implantologique) <input type="checkbox"/> Domaine E (Restauration et reconstruction orales) <input type="checkbox"/> Domaine F (Médecine dentaire spéciale)
				<input type="checkbox"/> Domaine A (Administration et gestion du cabinet en tant que PME) <input type="checkbox"/> Domaine B (Médecine générale et stomatologie) <input type="checkbox"/> Domaine C (Diagnostic et planification) <input type="checkbox"/> Domaine D (Chirurgie orale, parodontologie et chirurgie implantologique) <input type="checkbox"/> Domaine E (Restauration et reconstruction orales) <input type="checkbox"/> Domaine F (Médecine dentaire spéciale)
				<input type="checkbox"/> Domaine A (Administration et gestion du cabinet en tant que PME) <input type="checkbox"/> Domaine B (Médecine générale et stomatologie) <input type="checkbox"/> Domaine C (Diagnostic et planification) <input type="checkbox"/> Domaine D (Chirurgie orale, parodontologie et chirurgie implantologique) <input type="checkbox"/> Domaine E (Restauration et reconstruction orales) <input type="checkbox"/> Domaine F (Médecine dentaire spéciale)

				<input type="checkbox"/> Domaine A (Administration et gestion du cabinet en tant que PME) <input type="checkbox"/> Domaine B (Médecine générale et stomatologie) <input type="checkbox"/> Domaine C (Diagnostic et planification) <input type="checkbox"/> Domaine D (Chirurgie orale, parodontologie et chirurgie implantologique) <input type="checkbox"/> Domaine E (Restauration et reconstruction orales) <input type="checkbox"/> Domaine F (Médecine dentaire spéciale)
--	--	--	--	---

Prière de joindre les justificatifs et les feuilles de qualification des propriétaires de cabinet/cliniques auprès desquels vous avez effectué votre formation postgrade ainsi qu'une attestation de votre employeur confirmant que vous avez travaillé sous votre propre responsabilité et que vous avez également assuré la gestion administrative du cabinet ou de la clinique.

Déclaration personnelle :

Par la présente déclaration, je confirme que j'ai atteint les objectifs suivants de la formation postgrade :

- Approfondir et perfectionner les connaissances et les aptitudes acquises pendant la formation universitaire en médecine dentaire.
- Acquérir des compétences sociales, en matière de communication et de direction.
- Acquérir des aptitudes et des compétences de manière autonome et pluridisciplinaire afin d'organiser des mesures de prévention collective et individuelle, de conseiller les patients, de poser des diagnostics, d'évaluer les risques courus, de planifier et de conduire des traitements, de connaître ses limites et de savoir référer des patients le cas échéant et d'évaluer et de garantir la qualité des prestations de médecine dentaire.

Lieu, date :

Signature :

J'ai suivi les cours suivants en complément des trois ans de formation postgrade structurée :


Prière de joindre les justificatifs

**Envoyer à :** Association suisse des médecins-dentistes SSO  
Secrétariat du BZW  
Thunstrasse 7 / Case postale  
3001 Berne