

## Antrag

### zum Erwerb des Weiterbildungsausweises SSO «Allgemeine Zahnmedizin»

#### Persönliche Daten

Name:

---

Vorname:

---

Praxis- oder Klinikadresse:

---

PLZ/Ort:

---

#### Diplom

Titel:

---

Staat:

Zahnarzt Diplom:

---

Staatsexamen:

---

Mitglied SSO:  ja  nein

Sektion:

---

Bitte beilegen:

– Kopie des Diploms oder Anerkennungsbrief BAG

## 1. Tätigkeit in der Weiterbildungspraxis

Ich habe in folgenden WB-Praxen/Kliniken eine strukturierte Weiterbildung für die Erlangung des WBA's SSO für allgemeine Zahnmedizin absolviert:

| Name Praxisinhaber | Praxisort | Beschäftigungszeit von ..... bis ..... | Arbeitspensum in Prozent | Auflistung Fachgebiete   |
|--------------------|-----------|--|--------------------------|--|
|                    |           |  |                          | <input type="checkbox"/> Bereich A (Praxisführung, KMU-Betrieb, Standesorganisation)<br><input type="checkbox"/> Bereich B (Allg. Medizin, Notfallmanagement, Praxishygiene)<br><input type="checkbox"/> Bereich C (Präventive Zahnmedizin, Parodontologie)<br><input type="checkbox"/> Bereich D (Oralchirurgie, Radiologie)<br><input type="checkbox"/> Bereich E (Zahnerhaltung)<br><input type="checkbox"/> Bereich F (Rekonstruktive Zahnmedizin, Gerodontologie)<br><input type="checkbox"/> Bereich G (Spezielle Zahnmedizin) |
|                    |           |  |                          | <input type="checkbox"/> Bereich A (Praxisführung, KMU-Betrieb, Standesorganisation)<br><input type="checkbox"/> Bereich B (Allg. Medizin, Notfallmanagement, Praxishygiene)<br><input type="checkbox"/> Bereich C (Präventive Zahnmedizin, Parodontologie)<br><input type="checkbox"/> Bereich D (Oralchirurgie, Radiologie)<br><input type="checkbox"/> Bereich E (Zahnerhaltung)<br><input type="checkbox"/> Bereich F (Rekonstruktive Zahnmedizin, Gerodontologie)<br><input type="checkbox"/> Bereich G (Spezielle Zahnmedizin) |
|                    |           |  |                          | <input type="checkbox"/> Bereich A (Praxisführung, KMU-Betrieb, Standesorganisation)<br><input type="checkbox"/> Bereich B (Allg. Medizin, Notfallmanagement, Praxishygiene)<br><input type="checkbox"/> Bereich C (Präventive Zahnmedizin, Parodontologie)<br><input type="checkbox"/> Bereich D (Oralchirurgie, Radiologie)<br><input type="checkbox"/> Bereich E (Zahnerhaltung)<br><input type="checkbox"/> Bereich F (Rekonstruktive Zahnmedizin, Gerodontologie)<br><input type="checkbox"/> Bereich G (Spezielle Zahnmedizin) |

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  | <input type="checkbox"/> Bereich A (Praxisführung, KMU-Betrieb, Standesorganisation)<br><input type="checkbox"/> Bereich B (Allg. Medizin, Notfallmanagement, Praxishygiene)<br><input type="checkbox"/> Bereich C (Präventive Zahnmedizin, Parodontologie)<br><input type="checkbox"/> Bereich D (Oralchirurgie, Radiologie)<br><input type="checkbox"/> Bereich E (Zahnerhaltung)<br><input type="checkbox"/> Bereich F (Rekonstruktive Zahnmedizin, Gerodontologie)<br><input type="checkbox"/> Bereich G (Spezielle Zahnmedizin) |
|  |  |  |  | <input type="checkbox"/> Bereich A (Praxisführung, KMU-Betrieb, Standesorganisation)<br><input type="checkbox"/> Bereich B (Allg. Medizin, Notfallmanagement, Praxishygiene)<br><input type="checkbox"/> Bereich C (Präventive Zahnmedizin, Parodontologie)<br><input type="checkbox"/> Bereich D (Oralchirurgie, Radiologie)<br><input type="checkbox"/> Bereich E (Zahnerhaltung)<br><input type="checkbox"/> Bereich F (Rekonstruktive Zahnmedizin, Gerodontologie)<br><input type="checkbox"/> Bereich G (Spezielle Zahnmedizin) |

Bitte beilegen:

– **Ausgefülltes und visiertes Logbuch**

## 2. Weitere Tätigkeiten

Eine Tätigkeit in einer Praxis, die nicht Weiterbildungspraxis ist, kann zu höchstens 20% einer Vollzeitstelle angerechnet werden (Art. 5 Abs. 6 des Reglements über die Weiterbildung zur Erlangung des Weiterbildungsausweises in allgemeiner Zahnmedizin).

Ich habe während der Dauer meiner Weiterbildung in folgenden weiteren Praxen gearbeitet, die nicht WB-Praxen sind:

| Name Praxisinhaber | Praxisort | Beschäftigungszeit<br>von ..... bis ..... | Arbeitspensum in<br>Prozent |
|--------------------|-----------|---|-----------------------------|
|                    |           |   |                             |
|                    |           |   |                             |
|                    |           |   |                             |
|                    |           |   |                             |

Bitte beilegen:

– **Bestätigung Ihrer Arbeitgeber oder Arbeitgeberinnen**

### 3. Dissertation

Arbeiten an einer Dissertation können während maximal 1 Jahr zu 20% einer Vollzeitstelle an die Weiterbildungszeit angerechnet werden (Art. 5 Abs. 7 des Reglements über die Weiterbildung zur Erlangung des Weiterbildungsausweises in allgemeiner Zahnmedizin).

Ich habe während der Weiterbildung an einer Dissertation gearbeitet:

| Titel | Universität | Betreuende Personen | Dauer | Pensum |
|-------|-------------|---------------------|-------|--------|
|       |             |                     |       |        |

Bitte beilegen:

– **Bestätigungsschreiben einer betreuenden Person**

## 4. Weitere Angaben

In Ergänzung zur dreijährigen, strukturierten Weiterbildung habe ich noch folgende Kurse besucht:

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Bitte beilegen:

– **Kursbestätigungen**

## 5. Selbstdeklaration

Ich bestätige hiermit, dass ich die folgenden Weiterbildungsziele erlangt habe:

- Vertiefen und Ergänzen von Kenntnissen und Fertigkeiten, die in der zahnärztlichen Ausbildung erworben wurden
- Erwerben von Kommunikations-, Führungs- und Sozialkompetenz
- Erwerben von Fähigkeiten und Fertigkeiten, um fächerübergreifend und unabhängig kollektive und individuelle Prävention zu organisieren, Patienten zu beraten, Diagnosen zu stellen, Risiken zu beurteilen, Behandlungen zu planen und durchzuführen, eigene Grenzen zu erkennen und Patienten wo nötig zu überweisen, zahnmedizinische Qualität zu beurteilen und zu gewährleisten.

Ich bestätige, dass sämtliche Angaben korrekt sind.

Ort, Datum:

Unterschrift:

---

**Einsenden an:** Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft SSO  
Sekretariat BZW  
Thunstrasse 7, Postfach  
3001 Bern