

Demande

de recertification 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 :

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 directives 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 »,
- j'accepte le règlement actuel régissant la formation menant à l'obtention du certificat de formation postgrade en médecine dentaire générale et je m'engage à réaliser cette formation conformément à ce règlement.

- 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 intéressées.
- J'ai déjà formé un assistant qui a obtenu le certificat postgrade en médecine dentaire générale
Nom : _____
- J'ai actuellement un assistant en formation
Nom : _____

Lieu, date :

Signature :

Annexe :

- Programme de formation du cabinet

Frais pour la recertification : CHF 400.00

Les documents doivent être envoyés à l'adresse :

Bureau pour la formation postgrade
Secrétariat BZW
Thunstrasse 7
Case postale
3001 Berne