

Demande

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

Données personnelles

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

1. Activité au cabinet de formation postgrade

J'ai suivi une formation structurée en vue de l'obtention du certificat SSO de formation postgrade en médecine dentaire générale dans les cabinets / cliniques suivant(e)s :

| Nom du propriétaire du cabinet | Localité du cabinet | Période d'activité du au | Taux d'activité à % | Liste Domaines de spécialité |
|--------------------------------|---------------------|--------------------------------------|---------------------|--|
| | | | | <input type="checkbox"/> Domaine A (gestion du cabinet, exploitation d'une PME, association prof.) <input type="checkbox"/> Domaine B (médecine générale, gestion des urgences, hygiène du cabinet) <input type="checkbox"/> Domaine C (médecine dentaire préventive, parodontologie) <input type="checkbox"/> Domaine D (chirurgie orale, radiologie) <input type="checkbox"/> Domaine E (médecine dentaire restauratrice) <input type="checkbox"/> Domaine F (médecine dentaire reconstructive, gérodonologie) <input type="checkbox"/> Domaine G (médecine dentaire spéciale) |
| | | | | <input type="checkbox"/> Domaine A (gestion du cabinet, exploitation d'une PME, association prof.) <input type="checkbox"/> Domaine B (médecine générale, gestion des urgences, hygiène du cabinet) <input type="checkbox"/> Domaine C (médecine dentaire préventive, parodontologie) <input type="checkbox"/> Domaine D (chirurgie orale, radiologie) <input type="checkbox"/> Domaine E (médecine dentaire restauratrice) <input type="checkbox"/> Domaine F (médecine dentaire reconstructive, gérodonologie) <input type="checkbox"/> Domaine G (médecine dentaire spéciale) |
| | | | | <input type="checkbox"/> Domaine A (gestion du cabinet, exploitation d'une PME, association prof.) <input type="checkbox"/> Domaine B (médecine générale, gestion des urgences, hygiène du cabinet) <input type="checkbox"/> Domaine C (médecine dentaire préventive, parodontologie) <input type="checkbox"/> Domaine D (chirurgie orale, radiologie) <input type="checkbox"/> Domaine E (médecine dentaire restauratrice) <input type="checkbox"/> Domaine F (médecine dentaire reconstructive, gérodonologie) <input type="checkbox"/> Domaine G (médecine dentaire spéciale) |

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | | <input type="checkbox"/> Domaine A (gestion du cabinet, exploitation d'une PME, association prof.) <input type="checkbox"/> Domaine B (médecine générale, gestion des urgences, hygiène du cabinet) <input type="checkbox"/> Domaine C (médecine dentaire préventive, parodontologie) <input type="checkbox"/> Domaine D (chirurgie orale, radiologie) <input type="checkbox"/> Domaine E (médecine dentaire restauratrice) <input type="checkbox"/> Domaine F (médecine dentaire reconstructive, gérontologie) <input type="checkbox"/> Domaine G (médecine dentaire spéciale) |
| | | | | <input type="checkbox"/> Domaine A (gestion du cabinet, exploitation d'une PME, association prof.) <input type="checkbox"/> Domaine B (médecine générale, gestion des urgences, hygiène du cabinet) <input type="checkbox"/> Domaine C (médecine dentaire préventive, parodontologie) <input type="checkbox"/> Domaine D (chirurgie orale, radiologie) <input type="checkbox"/> Domaine E (médecine dentaire restauratrice) <input type="checkbox"/> Domaine F (médecine dentaire reconstructive, gérontologie) <input type="checkbox"/> Domaine G (médecine dentaire spéciale) |

Annexes :

– Logbook rempli et visé

2. Autres activités

Une activité exercée dans un cabinet ou une institution non reconnue pour la formation postgrade ne peut être prise en compte que pour l'équivalent de 20 % d'une activité à temps plein au maximum (art. 5, al. 6, du *Règlement régissant la formation menant à l'obtention du certificat de formation postgrade en médecine dentaire générale*).

J'ai travaillé durant ma formation postgrade dans les cabinets dentaires suivants non reconnus pour la formation postgrade :

| Nom du propriétaire du cabinet | Localité du cabinet | Période d'activité du..... au.... | Taux d'activité à% |
|--------------------------------|---------------------|--------------------------------------|--------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Annexes :

– Attestation de votre employeur

3. Thèse de doctorat

La rédaction d'une thèse en vue de l'obtention d'un doctorat en médecine dentaire ne peut être imputée à la formation postgrade que durant une année au plus et à 20 % d'un temps plein au maximum (art. 5, al. 7, du *Règlement régissant la formation menant à l'obtention du certificat de formation postgrade en médecine dentaire générale*).

J'ai travaillé durant ma formation postgrade sur une thèse de doctorat :

| Titre | Université | Dirigée par | Durée | Taux |
|-------|------------|-------------|-------|------|
| | | | | |

Annexes :

– Attestation des personnes encadrantes

4. Autres informations

En complément de la formation postgrade structurée, j'ai encore suivi les cours suivants :

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

Bitte beilegen:

– Attestations de cours

5. Autodéclaration

Je confirme par le présent document que j'ai atteint les objectifs de la formation postgrade suivants :

- approfondir et compléter les connaissances et les compétences acquises au cours de la formation de médecin-dentiste ;
- acquérir des compétences en communication, en conduite du personnel et des compétences sociales ;
- acquérir des compétences et des connaissances pour organiser la prévention collective et individuelle de manière pluridisciplinaire et autonome, conseiller les patients, poser des diagnostics, mesurer les risques, planifier et réaliser des traitements, connaître ses propres limites, pouvoir adresser des patients aux bons spécialistes, estimer et garantir la qualité en médecine dentaire.

Je confirme que toutes les informations sont correctes.

Lieu, date :

Signature :

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