

Antrag auf Anerkennung als Weiterbildungspraxis/-klinik SSO für Kinderzahnmedizin

Persönliche Daten

Name:

Vorname:

Praxis- oder Klinikadresse:

PLZ/Ort:

E-Mail:

Diplom

Universität:

Diplomjahr:

Gleichwertigkeitsanerkennung:

Titel:

Fachliche Anforderungen des Weiterbildungsleiters:

- ☐ Inhaber eines Weiterbildungsausweises für Kinderzahnmedizin SSO
- ☐ Inhaber Weiterbildungstitel Experte / Expertin Kinderzahnmedizin SSO

Anstellung Weiterbildungsassistent*in

- ☐ Ja, ein/e Weiterbildungsassistent*in ist seit _____ in der Praxis tätig
- ☐ Nein, es wurde bisher kein/e Weiterbildungsassistent*in in der Praxis angestellt

Selbstdeklaration

Ich erkläre wahrheitsgemäss,

- dass ich zum Zeitpunkt dieser Erklärung über eine **langjährige** Erfahrung (mindestens 7 Jahre) in der Ausbildung von Zahnarztassistenten verfüge;
 - dass meine Praxis/Klinik mindestens zwei voll eingerichtete zahnärztliche Behandlungszimmer umfasst und über einen strukturierten Personaleinsatz inkl. Stuhlassistenz verfügt;
 - dass meine Weiterbildungspraxis/-klinik strukturierte Infektionskontrollmassnahmen und ein Sterilisationskonzept gemäss Qualitätsleitlinien SSO besitzt;
 - dass ich über ein Zahnröntgengerät, OPT und Fernröntgengerät verfüge oder es besteht Zugang zu OPT und Fernröntgen alio loco;
 - dass ich eine EDV-gestützte Administration betreibe;
 - dass in der Praxis/Klinik eine Fortbildung per Internet möglich ist;
 - dass ich als Ausbildungsleiter dem Weiterzubildenden für Beratung und Supervision während den Praxisöffnungszeiten (in Problemfällen und bei Komplikationen umgehend) zur Verfügung stehe;
 - dass ich mit meinem Weiterzubildenden regelmässig Fallplanungen und –dokumentationen bespreche;
 - dass ich meinem Weiterzubildenden die Teilnahme an Weiter- und Fortbildungskursen ermögliche, mit ihm quartalsweise ein strukturiertes Qualifikationsgespräch führe und im Zwischen- /Schlusszeugnis neben den sozialen Kompetenzen auch die erreichten fachlichen Kompetenzen aufgelistet werden, entsprechend den Weisungen des Reglements über die Weiterbildung in Kinderzahnmedizin.
- ☐ Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Praxis/Klinik von einer Fachperson visitiert wird.
- ☐ Ich kann ab dem einen Weiterbildungsplatz zur Verfügung stellen und bin einverstanden, dass meine Adresse den interessierten WB-Assistenten mitgeteilt wird

Ort:

Datum:

Unterschrift:

Beilage: Weiterbildungskonzept der Praxis

Sekretariat BZW, Postfach, 3001 Bern, Tel. +41 31 313 31 32, sekretariat@bzw-ss0.ch