

Antragsformular für Lehrzahnärzte des Zahnarztpraktikums der zmk bern

zmk bern
Zahnmedizinische Kliniken
der Universität Bern

Name _____ Vorname _____ Titel _____

Adresszusatz (z.B. Gruppenpraxis) _____

Adresse _____ PLZ/Ort _____

Telefon _____ Fax _____

E-Mail _____ Website _____

Adresse wird nicht weitergegeben und nur für interne Kommunikation verwendet.

Bitte beschreiben Sie Ihre Tätigkeitsschwerpunkte/Spezialisierung.

Bitte Curriculum und Diplome/Weiterbildungsausweise beilegen.

Wie viele Studenten können Sie pro Jahr aufnehmen? _____

An welchen Wochentagen/Halbtagen können Studenten das Praktikum absolvieren? *Bitte Zutreffendes ankreuzen*

MO DI MI DO FR SA

Vormittag

Nachmittag

Sind Sie bereit, von den Studenten in Bezug auf Zahnarzt-Patienten-Kommunikation beobachtet zu werden?

Ja Nein

Fragen zu Fortbildung, Praxistätigkeit und -ausstattung

Mitglied der Schweizerischen Zahnärztesgesellschaft (SSO) und Erfüllung der Fortbildungskriterien der Fachgesellschaft (SSO)

Haupttätigkeit in der Zahnmedizin

Erfahrung in Notfallzahnmedizin/Notfalldienst

Eine der folgenden Anforderungen muss erfüllt sein (siehe Anforderungen im Handbuch, Seite 49)

Postgraduale Weiterbildung an den zmk bern von mindestens 2 Jahren

oder: WBA der SSO, Spezialisten-/Fachzahnarztstitel der SSO

oder: Externer Oberarzt/Oberärztin im Zahnmedizinstudium oder einem Weiterbildungsprogramm der zmk bern

Praxisausstattung

Röntgen

Dentalhygiene

Zahntechnisches Labor

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Bitte folgende Dokumente per Post oder als PDF per Mail senden an: zahnarztpraktikum.zmk@unibe.ch

Ausgefülltes Antragsformular

Curriculum

Diplome/Weiterbildungsausweise