

APLIKACJA UMIEJĘTNOŚĆ IMPLANTOLOGICZNA 019

DANE KANDYDATA

nazwisko i imię

dokładny adres zamieszkania (ulica, numer, kod pocztowy, miasto, województwo)

adres e-mail

numer telefonu

miejsce pracy

data i miejsce urodzenia

rok ukończenia studiów i nazwa uczelni

stopień lub tytuł naukowy

numer prawa wykonywania zawodu

specjalizacja

dane do faktury, NIP

- Jestem członkiem Towarzystwa Implantologicznego: _____
od _____ roku. nazwa towarzystwa
- Ilość godzin odbytych szkoleń implantologicznych: _____
Listę szkoleń w zakresie implantologii proszę podać w załączniku.
- Implantologią zajmuję się od _____ roku.
- Ukończone szkolenie Curriculum z zakresu implantologii tak nie

pełna nazwa szkolenia

- Umiejętność Fellowship ICOI tak nie
Nr certyfikatu _____
- Umiejętność Diplomate ICOI tak nie
Nr certyfikatu _____
- W załączniku proszę podać wykaz publikacji w czasopismach naukowych.

Zajmuję się:

- a. wszczepianiem implantów
- b. odbudową implantów
wszczepianiem implantów oraz odbudową implantów

ILOŚĆ PUNKTÓW KWALIFIKACYJNYCH _____

Oświadczam, że zapoznałem/am się z regulaminem certyfikacji i akceptuję jego zasady

data

własnoręczny podpis

pieczęć (opcjonalnie)

APLIKACJA UMIEJĘTNOŚĆ IMPLANTOLOGICZNA 019

DOKUMENTACJA PRZYPADKÓW LECZENIA IMPLANTOLOGICZNEGO

Należy zastosować poniższy system oznaczeń do opisu przedstawianych przypadków:

- **Rodzaj implantu:**
 - Implant klasyczny – IK (RF)
 - Implant igłowy bikortyczny – IIB (TP)
 - Implant żyłkowy – IŻ (PF)
 - Implant transkortyczny – IT (TC)
 - Inny – (Opis)

- **Procedury dodatkowe:**
 - Sterowana regeneracja tkanek – SRT (GTR)
 - Autogenny przeszczep kości – APK (ABG)
 - Sinus lift – SL (SA)
 - Przeszczep tkanek miękkich – PTM (STG)
 - Implantacja natychmiastowa – IN (II)
 - Obciążenie natychmiastowe – ON (IL)
 - Inny – (Opis)

- **Rodzaj odbudowy protetycznej:**
 - Korona pojedyncza – KP (SC)
 - Most stały – MS (FBR)
 - Proteza nakładkowa – PN (OD)
 - Proteza częściowa ruchoma – PCR (RPD)

- **Stan obecny:**
 - Satysfakcjonująca funkcja – SF (SF)
 - Upośledzona funkcja – UF (IF)
 - Powikłanie oraz utrata implantu – PU (FR)
 - Ignoruje wizyty kontrolne – IWK (LR)
 - Nieznany – N (U)

APLIKACJA UMIĘTNOŚĆ IMPLANTOLOGICZNA 019

DOKUMENTACJA PRZYPADKÓW LECZENIA IMPLANTOLOGICZNEGO

Lp.	NR IDENT. LUB INICJAŁY PACJENTA	SZCZĘKA/ ZUCHWA	LEKARZ IMPLANTUJĄCY	LEKARZ WYKONUJĄCY ODBUDOWĘ	LABORATORIUM PROTETYCZNE	DATA IMPLANTACJI	DATA ODBUDOWY PROTETYCZNEJ	RODZAJ ODBUDOWY PROTETYCZNEJ	PROCEDURY DODATKOW	RODZAJ IMPLANTU	STAN OBECNY
1.											
2.											
3.											
4.											
5.											
6.											
7.											
8.											

Lp.	NR IDENT. LUB INICJAŁY PACJENTA	SZCZĘKA/ ZUCHWA	LEKARZ IMPLANTUJĄCY	LEKARZ WYKONUJĄCY ODBUDOWĘ	LABORATORIUM PROTETYCZNE	DATA IMPLANTACJI	DATA ODBUDOWY PROTETYCZNEJ	RODZAJ ODBUDOWY PROTETYCZNEJ	PROCEDURY DODATKOW	RODZAJ IMPLANTU	STAN OBECNY
9.											
10.											
11.											
12.											
13.											
14.											
15.											
16.											
17.											

Lp.	NR IDENT. LUB INICJAŁY PACJENTA	SZCZĘKA/ ZUCHWA	LEKARZ IMPLANTUJĄCY	LEKARZ WYKONUJĄCY ODBUDOWĘ	LABORATORIUM PROTETYCZNE	DATA IMPLANTACJI	DATA ODBUDOWY PROTETYCZNEJ	RODZAJ ODBUDOWY PROTETYCZNEJ	PROCEDURY DODATKOW	RODZAJ IMPLANTU	STAN OBECNY
18.											
19.											
20.											
21.											
22.											
23.											
24.											
25.											

APLIKACJA UMIEJĘTNOŚĆ IMPLANTOLOGICZNA 019

WYKAZ UKOŃCZONYCH SZKOLEŃ Z ZAKRESU IMPLANTOLOGII STOMATOLOGICZNEJ

(zgodnie z Rozporządzeniem MZ z dnia 6 października 2004 r. w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów (Dz.U.04.231.2326))

FORMA DOSKONALENIA ZAWODOWEGO	PODMIOT PROWADZĄCY	DATA SZKOLENIA, ILOŚĆ GODZIN I PUNKTÓW EDU.

FORMA DOSKONALENIA ZAWODOWEGO	PODMIOT PROWADZĄCY	DATA SZKOLENIA, ILOŚĆ GODZIN I PUNKTÓW EDU.