

APLIKACJA UMIEJĘTNOŚĆ IMPLANTOLOGIA STOMATOLOGICZNA 019

DANE KANDYDATA

UWAGA! Proszę wypisać aplikację w całości. Częściowo wypełnione dokumenty, niezawierające pełnych informacji NIE BĘDĄ PRZYJMOWANE.

imię i nazwisko

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

adres korespondencyjny (jeżeli inny niż zamieszkania)

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

PUNKTY KWALIFIKACYJNE

Proszę o zaznaczenie odpowiedniej ilości punktów oraz uzupełnienie wymaganych pól

1. Osiągnięcia fachowe

- posiadanie specjalizacji w zakresie chirurgii stomatologicznej, szczękowo-twarzowej, protetyki, periodontologii ☐ 10 pkt
- lub innej specjalizacji w zakresie stomatologii ☐ 5 pkt

Posiadana specjalizacja oraz rok zdania egzaminu _____

2. Osiągnięcia edukacyjne

- ukończone szkolenie **typu** Curriculum Implantologii ☐ 10 pkt
- ☐ PSI lub ☐ DSI

Numer certyfikatu oraz rok zdania egzaminu _____

- ukończone studia podyplomowe Master of Oral Implantology Uniwersytet we Frankfurcie lub Wrocławski Uniwersytet Medyczny) ☐ 10 pkt

Nazwa uniwersytetu oraz rok ukończenia studiów _____

- posiadanie umiejętności międzynarodowe
- FELLOWSHIP ICOI ☐ 5 pkt lub DIPLOMATE ICOI ☐ 10 pkt

Nr certyfikatu _____

- posiadanie udokumentowanych min. 200 godzin szkoleń z zakresu implantologii stomatologicznej ☐ 5 pkt

Ukończone szkolenia proszę podać w dalszej części aplikacji.

3. Osiągnięcia naukowe i szkoleniowe

- posiadanie stopnia naukowego doktora nauk medycznych ☐ 5 pkt
- co najmniej 2 różne publikacje z zakresu implantologii stomatologicznej w czasopismach naukowych, punktowanych z listy MNiSzW ☐ 5 pkt

dane bibliograficzne publikacji #1

dane bibliograficzne publikacji #2

- wygłoszone podczas konferencji co najmniej 2 różne wykłady z zakresu implantologii stomatologicznej ☐ 5 pkt

nazwa konferencji, organizator, temat oraz data i miejsce wystąpienia

nazwa konferencji, organizator, temat oraz data i miejsce wystąpienia

4. Zaangażowanie organizacyjne

- członkostwo w Stowarzyszeniu implantologicznym ☐ 5 pkt

Jakim? ☐ PSI ☐ IMP ☐ OSIS

od roku _____

DODATKOWE INFORMACJE:

- Implantologią zajmuję się od _____ roku.

- Zajmuję się:

- ☐ wszczepianiem implantów
- ☐ odbudową na implantach
- ☐ wszczepianiem implantów oraz odbudową na implantach

ILOŚĆ PUNKTÓW KWALIFIKACYJNYCH: _____ /65

(proszę wpisać sumę punktów zgodnie z podanymi wyżej informacjami)

Oświadczam, że zapoznałem/am się z regulaminem certyfikacji, akceptuję jego zasady, oraz że wszystkie podane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym.

Klauzula zgody i klauzula informacyjna

Działając na podstawie unijnych przepisów o ochronie danych osobowych – RODO (rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r.) prosimy o zapoznanie się z klauzulą informacyjną.

Warto wiedzieć, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Polskie Stowarzyszenie Implantologiczne z siedzibą przy ul. Sokolskiej 9/6 w Katowicach;
2. Podanie danych osobowych jest niezbędne do wypełniania obowiązków administratora (przeprowadzenie Egzaminu Umiejętności Zawodowej Implantologia Stomatologiczna 019);
3. Państwa dane osobowe będą przetwarzane tylko przez osoby upoważnione zobowiązane do zachowania poufności;
4. Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres określony w przepisach prawa,
5. Dbamy o Państwa dane osobowe, a Państwo mają prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uznacie, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO);
6. Posiadają Państwo prawo dostępu do swoich danych, prawo do ich sprostowania i ograniczenia przetwarzania.

Pełna polityka prywatności dostępna na stronie www.psi-icoi.pl

data

własnoręczny podpis

APLIKACJA UMIEJĘTNOŚĆ IMPLANTOLOGIA STOMATOLOGICZNA 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)
 - Autogeny 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)

DOKUMENTACJA PRZYPADKÓW LECZENIA IMPLANTOPROTETYCZNEGO

Lp.	PROCEDURA	NR IDENT. LUB INICJAŁY PACJENTA	SZCZĘKA/ ZUCHWA	LEKARZ IMPLANTUJĄCY	LEKARZ WYKONUJĄCY ODBUDOWĘ	DATA IMPLANTACJI	DATA ODBUDOWY PROTETYCZNEJ	RODZAJ ODBUDOWY PROTETYCZNEJ	PROCEDURY DODATKOWE	RODZAJ IMPLANTU	STAN OBECNY
	I BRAK POJEDYNCZY – 4 przypadki										
1.	implantacja odroczone w odcinku przednim										
2.	implantacja odroczone w odcinku bocznym										
3.	implantacja natychmiastowa w odcinku przednim										
4.	implantacja natychmiastowa w odcinku bocznym										
	II BRAK SKRZYDŁOWY - 4 przypadki										
5.	w łuku górnym										
6.	w łuku górnym										
7.	w łuku dolnym										
8.	w łuku dolnym										

Lp.	PROCEDURA	NR IDENT. LUB INICJAŁY PACJENTA	SZCZĘKA/ ŻUCHWA	LEKARZ IMPLANTUJĄCY	LEKARZ WYKONUJĄCY ODBUDOWĘ	DATA IMPLANTACJI	DATA ODBUDOWY PROTETYCZNEJ	RODZAJ ODBUDOWY PROTETYCZNEJ	PROCEDURY DODATKOWE	RODZAJ IMPLANTU	STAN OBECNY
	III BRAKI min. 5 zębów zlokalizowanych w co najmniej 2 kwadrantach jamy ustnej lub rozległe rekonstrukcje - 2 przypadki										
9.	w łuku górnym										
10.	w łuku dolnym										
	IV BEZZĘBIE - 8 przypadków										
11.	w łuku górnym rekonstrukcja stała										
12.	w łuku górnym rekonstrukcja stała										
13.	w łuku górnym rekonstrukcja ruchoma										
14.	w łuku górnym rekonstrukcja ruchoma										
15.	w łuku dolnym rekonstrukcja stała										
16.	w łuku dolnym rekonstrukcja stała										
17.	w łuku dolnym rekonstrukcja ruchoma										
18.	w łuku dolnym rekonstrukcja ruchoma										

Lp.	PROCEDURA	NR IDENT. LUB INICJAŁY PACJENTA	SZCZĘKA/ ŻUCHWA	LEKARZ IMPLANTUJĄCY	LEKARZ WYKONUJĄCY ODBUDOWĘ	DATA IMPLANTACJI	DATA ODBUDOWY PROTETYCZNEJ	RODZAJ ODBUDOWY PROTETYCZNEJ	PROCEDURY DODATKOWE	RODZAJ IMPLANTU	STAN OBECNY
	V IMPLANTACJA z zabiegiem okołimplantacyjnym tkanki twardej - 3 przypadki										
19.	1										
20.	2										
21.	3										
	VI ZABIEG AUGMENTACJI tkanki twardej przed implantacją (2 przypadki) (SL, GBR, blok,) i następne leczenie implantoprotetyczne – 2 przypadki										
22.	1										
23.	2										

Lp.	PROCEDURA	NR IDENT. LUB INICJAŁY PACJENTA	SZCZĘKA/ ZUCHWA	LEKARZ IMPLANTUJĄCY	LEKARZ WYKONUJĄCY ODBUDOWĘ	DATA IMPLANTACJI	DATA ODBUDOWY PROTETYCZNEJ	RODZAJ ODBUDOWY PROTETYCZNEJ	PROCEDURY DODATKOWE	RODZAJ IMPLANTU	STAN OBECNY
	VII ZABIEG REKONSTRUKCYJNY/korekcyjny tkanki miękkiej (przed, około lub po implantacji) i zakończone leczenie implantoprotetyczne - 2 przypadki										
24.	1										
25.	2										
*	VIII PERIIMPLANTITIS - 3 przypadki*										
26.	1										
27.	2										
28.	3										
*	IX LECZENIE NAPRAWCZE PO EKSPLANTACJI lub utracie wszczepu - 2 przypadki*										
29.	1										
30.	2										
*	X INNE – 1 przypadek*										
31.	1										

*- dla przypadków w kategorii 8,9,10 nie jest wymagana obserwacja 5 letnia

APLIKACJA UMIEJĘTNOŚĆ IMPLANTOLOGIA STOMATOLOGICZNA 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.

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