

POLSKIE TOWARZYSTWO ENDODONTYCZNE  
ul. Daleka 19, 25-319 Kielce  
http://www.endodoncja.pl; e-mail: [biuro.pte@endodoncja.pl](mailto:biuro.pte@endodoncja.pl); tel./fax: 41 34 17 247, 34 28 168  
konto: Bank PKO S.A. I O/ Kielce, Nr: 20 1240 1372 1111 0010 0331 6804

## FORMULARZ ZGŁOSZENIA

### Curriculum Endodontyczne Polskiego Towarzystwa Endodontycznego Kształcenie podyplomowe z dziedziny endodoncji. Edycja 2014r.

Imię i Nazwisko: .....

Adres praktyki: .....

Nr prawa wykonywania zawodu: .....

Nr dyplomu PTE: .....

Nr legitymacji PTE: .....

Nr telefonu stacjonarnego: .....

Nr telefonu komórkowego: .....

Adres e-mail: .....

Doświadczenie endodontyczne (tak/nie): .....

Nazwa uczelni i rok ukończenia: .....

Stopień/tytuł naukowy/tytuł **zawodowy\***: .....

Adres do korespondencji: .....

Dane do wystawienia rachunku: .....

\*- **Prosimy wpisać taki tytuł, jaki ma się pojawić na dyplomie Curriculum Endodontycznego np.: lek. dent.; lek. stom.; dr. n. med.; itp.**

Podpis jest równoznaczny z akceptacją Regulaminu Curriculum Endodontycznego PTE.

.....  
miejsowość i data

.....  
pieczęć i podpis

Po wypełnieniu zgłoszenie prosimy odesłać, wraz z dołączonym zdjęciem do indeksu, pocztą na adres Towarzystwa: Polskie Towarzystwo Endodontyczne, 25-319 Kielce, ul. Daleka 19.

# Ankieta

Pozyskane dane zostaną wykorzystane wyłącznie do celów dydaktycznych. Prosimy o wypełnienie ankiety lub zaznaczenie x właściwej odpowiedzi.

1. Proszę podać staż pracy w stomatologii w latach .....

2. Proszę podać posiadaną specjalizację:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> stomatologia zachowawcza z endodoncją | <input type="checkbox"/> periodontologia           |
| <input type="checkbox"/> stomatologia zachowawcza              | <input type="checkbox"/> chirurgia stomatologiczna |
| <input type="checkbox"/> stomatologia ogólna                   | <input type="checkbox"/> protetyka stomatologiczna |
| <input type="checkbox"/> stomatologia dziecięca                | <input type="checkbox"/> ortodoncja                |
| <input type="checkbox"/> inne .....                            | <input type="checkbox"/> brak                      |

3. Jaki procent wszystkich zabiegów wykonywanych przez Panią/Pana stanowią leczenie endodontyczne?

- 25%    50%    75%    100%    inny .....

4. Czy wykonuje Pani/Pan zabiegi z wykorzystaniem mikroskopu stomatologicznego?

- tak od .....lat       tak, pierwszy rok       nie

5. Czy wykonuje Pani/Pan zabiegi z zakresu endodoncji z wykorzystaniem koferdamu?

- tak       nie

6. Czy wykonuje Pani/Pan zabiegi z zakresu endodoncji z użyciem ultradźwięków?

- tak       nie

7. Czy wykonuje Pani/Pan zabiegi z zakresu endodoncji z użyciem narzędzi maszynowych?

- tak       nie

8. Czy wykonuje Pani/Pan specjalistyczne\* zabiegi z zakresu endodoncji?

\* trudne przypadki leczenia wykonywane w koferdamie z wykorzystaniem mikroskopu, narzędzi ultradźwiękowych i maszynowych.

- tak       nie

9. Czy jest Pani/Pan (możliwe zaznaczenie kilku odpowiedzi):

- członkiem endodontycznych list dyskusyjnych  
 uczestnikiem szkoleń z zakresu endodoncji  
 uczestnikiem szkoleń z innych dziedzin stomatologii  
 bardzo rzadko uczestniczę w szkoleniach  
 nie uczestniczę w szkoleniach

10. Proszę wymienić trzy najciekawsze szkolenia (kursy) z zakresu endodoncji, w których Pani/Pan uczestniczył(a):

.....  
.....  
.....

Prosimy o udzielenie odpowiedzi na każde z pytań.