

POLSKIE TOWARZYSTWO ENDODONTYCZNE
ul. Daleka 19, 25-319 Kielce
http://www.endodoncja.pl; e-mail: 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 2015 r.

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:

.....

* - Tylko dla Członków, którzy posiadają już dyplom potwierdzający członkostwo oraz wyrobioną aktualną legitymację członkowską.

** - 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 odlat 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):

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