



Anmeldung zur Ausbildung OPT & FR für Dentalassistentinnen und Prophylaxeassistentinnen

Name: _____ Vorname: _____

E-Mail-Adresse: _____ Geburtsdatum: _____

Private Adresse: _____

Adressen aller Arbeitsplätze: _____

Für Ihre Ausbildung und die Beurteilung Ihrer Röntgenbilder zuständige Person (diagnostizierende Zahnärztin oder diagnostizierender Zahnarzt) im Unternehmen: _____

- CHF 990 OPT und FR für DA mit Zaz SGK-Mitglied
- CHF 1490 nur OPT für DA mit Zaz Nichtmitglied
- CHF 1790 OPT und FR für DA mit Zaz Nichtmitglied

Liste der DentalassistentInnen, die im gleichen Unternehmen angestellt sind:

Liste der im Unternehmen vorhandenen und zugelassenen Röntgengeräte:

Beizulegen sind:

1. Eidg. Fähigkeitszeugnis als DentalassistentIn oder anerkanntes ausländisches Zeugnis, oder
 - Eidg. Dipl. DentalassistentIn mit Röntgenberechtigung oder anerkanntes ausländisches Zeugnis mit Röntgenberechtigung, oder
 - Altrechtliches SSO-Diplom als Zahnarztgehilfin mit Röntgenberechtigung
2. Kopie des Passes oder der ID
3. Bescheinigung des Arbeitgebers über das Arbeitsverhältnis

Gewünschter praktischer Ausbilder in den Kurssprachen deutsch (d), französisch (f) oder italienisch (i):

- Dr. C. Casutt, Ilanz (d) Dr. J. Danz, Solothurn (d) Dr. T. Engel, Biel (d) Dr. L. Hegg, Zollikofen (d)
- Dr. A. Johner, Murten (d) Dr. O. Kronenberg, Luzern (d) Dr. C. Wiedmer, Liestal (d) Dr. D. Zehnder, Brig (d)
- Dr. C. Suarez Martinez, Lausanne (f) Dr. P. Pazera, La Chaux-de-Fonds (f)
- Dr. L. Casella, Lugano (i)

Gewünschtes Datum des praktischen Kurstages (s. www.swissortho.ch/kurse) _____

Die vollständige Anmeldung ist mit Beilagen an info@swissortho.ch einzusenden. Sie werden über die verfügbare Plätze im gewünschten Kurs informiert werden.

GESCHÄFTSSTELLE

THUNSTRASSE 82
POSTFACH 1009
3000 BERN 6

TEL +41 31 356 62 62
FAX +41 31 351 00 65

Ort, Datum

Unterschrift