

## Logbuch

Weiterbildung für den Erwerb eines Fachzahnarzttitels für \_\_\_\_\_

### Teil 1: Allgemeiner Teil

#### Personalien

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum / Heimatort: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer (für allfällige Rückfragen): \_\_\_\_\_

Mitgliedschaften: SSO:  ja  nein

Fachgesellschaften: \_\_\_\_\_

Akademischer Titel: \_\_\_\_\_

Eidgenössische Prüfung / Staatsexamen: Datum \_\_\_\_\_ / Ort \_\_\_\_\_

Anerkennung durch MeBeKo: Datum \_\_\_\_\_

Beginn der Weiterbildung: Datum \_\_\_\_\_

Ort der akkreditierten Weiterbildungsstätte: \_\_\_\_\_

## Qualifikationsgespräche

1. Weiterbildungsjahr: durchgeführt am ..... Visum: .....
2. Weiterbildungsjahr: durchgeführt am ..... Visum: .....
3. Weiterbildungsjahr: durchgeführt am ..... Visum: .....
4. Weiterbildungsjahr: durchgeführt am ..... Visum: .....

*(Diplom/Anerkennung bitte als Kopie der Anmeldung beilegen)*

Ich bestätige, dass die in der Übersicht gemachten Angaben korrekt sind. Die anfallenden Kosten werde ich gemäss Gebührenordnung bezahlen und ich werde mich an die Ausschreibungsvorschriften bezüglich meiner Titel und Qualifikationen halten.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

**Bestätigung zur Weiterbildung erfolgt:**

**Büro für zahnmedizinische Weiterbildung**

**Datum:**

**Unterschrift:**

Rücksendung an:

Büro für zahnmedizinische Weiterbildung

Postfach

3001 Bern