

Anmeldung zur Aufnahmeprüfung



Schule für
Prophylaxeassistent:innen
Bern • Neuenburg

Prophylaxeassistent:in PA Schule Bern Kurs XIX/25

Personalien

Familienname

Vorname

Geburtsdatum

Nationalität

Heimatort

Strasse

PLZ / Ort

Telefon Privat

Mobiltelefon

Mail-Adresse

Praxis – Adresse des Arbeitgebers

Name

Strasse

PLZ / Ort

Telefon

Mail-Adresse

Sprachen

Muttersprache

Fremdsprachen

Ausbildung

Primar / Realschule

Jahre (von / bis)

Sekundarschule

Jahre (von / bis)

Andere Schulen

Jahre (von / bis)

Berufsausbildung/Berufslehre als:

Berufsschule (ort)

Bisherige Tätigkeiten und Anstellungsverhältnisse

Name und Adresse der Praktikumsstelle während der PA Weiterbildung.

Nur ausfüllen, wenn es sich nicht um die gleiche Stelle wie auf der vorherigen Seite handelt.

Datum / Ort

Unterschrift

Bestätigung der Praktikumsleitung



Schule für
Prophylaxeassistent:innen
Bern • Neuenburg

Der unterzeichnende Zahnarzt/die Zahnärztin bestätigt hiermit, die untenstehenden Anforderungen an ein Praktikum zur Ausbildung zur Prophylaxeassistent:in SSO zu erfüllen.

- ◆ Für die PA-Praktikant:in kann die nötige Infrastruktur zum Arbeiten am Patient:in bereitgestellt werden.
- ◆ Die Praxis bietet die Möglichkeit, innerhalb der vorgegebenen Zeit von sechs Monaten die nötige Anzahl von geeigneten Patienten zu behandeln (Als nötige Anzahl gelten 150 Behandlungseinheiten zu mindestens je 60 Minuten).
- ◆ Der Zahnarzt/die Zahnärztin und/oder die Dentalhygieniker:in unterstützen und betreuen die PA-Praktikant:in nach bestem Wissen und Gewissen.
- ◆ Der Zahnarzt/die Zahnärztin und/oder die Dentalhygieniker:in führen vor jeder Behandlung eine Triage durch und gewährleisten somit, dass geeignete Patient:innen behandelt werden.
- ◆ Der Zahnarzt/die Zahnärztin ist einverstanden, dass Auszubildende der PA-Schule vor Ort Einblick in die Arbeit der PA-Praktikant:in nehmen.

Datum / Ort

Unterschrift des Praktikumsleiters / der Praktikumsleiterin

Datum / Ort

Ihre Unterschrift