



המחלקה לשיקום הפה

ראש המחלקה: ד"ר זאב אורמינר
מרכז המחלקה: ד"ר ערן דולב

התמחות בשיקום הפה ינואר 2019
מנהל המחלקה - ד"ר זאב אורמינר
אחראית ההתמחות - ד"ר שפרה לברטובסקי

סגל ההוראה בהתמחות

ד"ר זאב אורמינר / ד"ר ישראל אביב / ד"ר עדי אריאלי / ד"ר ירון בלסבלג / ד"ר שאול גלברד / ד"ר שפרה לברטובסקי
/ ד"ר יאיר לנגר / ד"ר צחי להר / ד"ר גל רוזן

- בנוסף ידריכו במסגרת ההתמחות אנשי סגל נוספים

מטרת התכנית

להכשיר רופאי שיניים כמומחים בשיקום הפה ברמה הגבוהה ביותר ולהביאם ליכולת לדעת לאבחן ולקבוע את תכנית הטיפול הנדרשת בכל מקרה של שיקום פרוטטי ולבצע הטיפולים ברמה הטובה ביותר.

מבנה ההתמחות

, תכנית ההתמחות **בשיקום הפה**, בהתאם לתקנות המועצה המדעית ומשרד הבריאות, כוללת את המסלול הבא:

- 2.5 שנים במחלקה לשיקום הפה (מחלקת אם)
- 3 חודשים במחלקה פריודנטלית (רוטציה)
- 3 חודשי מקצוע בחירה (רוטציה)*.
- 6 חודשים מדעי היסוד.

לאחר עמידה בכל דרישות תוכנית ההתמחות, רשאי המתמחה לגשת לבחינות המועצה המדעית לקבלת הסמכה כמומחה מטעם משרד הבריאות.

- יש לקבל את אישור ראש מחלקת האם לרוטציות.

מהלך ההתמחות

משך ההתמחות שלוש שנים וחצי והיא תחל ביום 1/1/2019.

ההתמחות תתקיים א,ב,ה בין השעות 8:00-13:00, וביום ד' בין השעות 8:00-18:00. בנוסף, תהיה משמרת נוספת של הדרכת סטודנטים.

תינתן אפשרות לשלב במסגרת התוכנית, לימודים לתואר מוסמך.

בנוסף, חייב כל מתמחה:

1. לבצע מחקר, במסגרת מחלקת האם, עפ"י תוכנית שתקבע על ידי ראש המחלקה או ראש ההתמחות.. מחקר זה הוא בנוסף למדעי היסוד. מתמחים בעלי תואר MSc או Phd במדעי החיים או הרפואה יהיו פתורים ממדעיי היסוד.



המחלקה לשיקום הפה

ראש המחלקה: ד"ר זאב אורמינר
מרכז המחלקה: ד"ר ערן דולב

2. להשתתף באופן פעיל, בהדרכת סטודנטים לרפואת שיניים במרפאות הסטודנטים – לפחות בקליניקה אחת בשבוע.
 3. לטפל במספר רחב של מתרפאים
 4. לייצג את תחום המומחיות של מוסדות או בוועדות השונות.
 5. להשתתף בפגישות מקצועיות של מוסדות להשכלה גבוהה ובמפגשים מקצועיים.
 6. בתום הלימודים, לעמוד בהצלחה בבחינות הגמר בכתב ובע"פ.
- בכל שלב בהתמחות תבוצע הערכה של הישגי המתמחה. מתמחה שלא יעמוד בדרישות, תופסק התמחותו.

עלות ההתמחות -280,000 ₪.

תנאי הרשמה להתמחות:

רופא שיניים בעל רישיון קבוע לעסוק ברפואת שיניים בישראל.

לטופס ההרשמה יש לצרף

1. דיפלומה על סיום לימודים בבית ספר לרפואת שיניים של מוסד להשכלה גבוהה שהכירה בו המועצה להשכלה גבוהה או של אוניברסיטה או בית ספר לרפואת שיניים ברמה אוניברסיטאית בחוץ לארץ שהמנהל הכיר בהם.
2. רישיון בר תוקף לעסוק בריפוי שיניים בישראל.
3. קורות חיים ותמונה עדכנית.
4. גיליון ציונים של כל שנות לימוד רפואת שיניים.
5. מיקום בכיתה בשנים הקליניות. (באוניברסיטאות שאינן מפיקות מיקום בכיתה ' יש להביא אישור לכך שהאוניברסיטה לא מפיקה מיקום בכיתה).
6. שני מכתבי המלצה בתחום רפואת השיניים. לפחות אחד מהם ממומחה בתחום. מכתבי המלצה יישלחו ישירות על ידי הממליץ למזכירות ביה"ס לפי הפרטים בהמשך.
7. אישור פטור מאנגלית לבוגרי אוניברסיטאות בחו"ל שהלימודים בהם לא התנהלו בשפה האנגלית.
8. ביטוח אחריות מקצועית בתוקף.
9. תעודת יושר מהמשטרה.
10. אישור על תשלום דמי רישום בסך של 600 ₪.

כל המסמכים צריכים להיות מקוריים או צילומים מאושרים ע"י המוסד או ע"י נוטריון.

ההרשמה ללימודי התמחות מתבצעת במזכירות בית הספר לרפואת שיניים. בין התאריכים 18.10-10.11.18

פרטים נוספים וטופסי רישום ניתן לקבל בדואר אלקטרוני: studentsec@tauex.tau.ac.il



המחלקה לשיקום הפה

ראש המחלקה: ד"ר זאב אורמינר
מרכז המחלקה: ד"ר ערן דולב

נרשמים שלא ישלימו תיק הרשמתם הכולל מסמכים, אישורים, תעודות ותשלום דמי רישום עד לתאריך זה, לא תידון מועמדותם.

הליכי הקבלה:

סינון ראשוני על סמך נתוני המועמד
מבחני התאמה לבחינת כישורים ואפיון במכון התאמה (כדוגמת מכון "אדם מילוא" וכד')
ראיון אישי- הכולל חמישה מראיינים כאשר אחד מהם אינו ממחלקת ההתמחות.

דמי רישום

בסך 600 ₪ (ישולמו עם הגשת המועמדות):
לא ניתן להגיש מועמדות מבלי להסדיר את תשלום דמי הרישום.

יודגש כי דמי הרישום אינם מוחזרים בשום שלב בתהליך ואינם מהווים חלק משכר הלימוד (במידה וההתמחות לא תיפתח ביוזמת היחידה יזוכה המועמד בסכום דמי הרישום ששולמו על ידו)

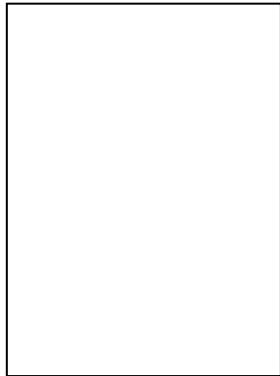
כללי:

ביצוע הליך הרישום אינו מהווה אישור קבלת לתכנית. המתמחים יוכלו ללמוד בתכנית רק לאחר אישור מועדת הקבלה (מכתב קבלה) והסדרת תשלום שכר הלימוד.
התכנית כפופה לשינויים.



המחלקה לשיקום הפה

ראש המחלקה: ד"ר זאב אורמינר
מרכז המחלקה: ד"ר ערן דולב



לכבוד:

בית-הספר לרפואת שיניים ע"ש גולדשלגר
אוניברסיטת תל-אביב, רמת אביב, תל-אביב 6997801
פקס: 03-6409250
טלפון: 03-6409112
מייל: osnatp@post.tau.ac.il

אבקש לרשום אותי להתמחות בשיקום הפה ינואר 2019

תאריך: _____

שם משפחה (בעברית): _____ שם פרטי (בעברית): _____

שם משפחה קודם (בעברית): _____ ת"ז: _____

שם משפחה (באנגלית): _____ שם פרטי (באנגלית): _____

שם משפחה קודם (באנגלית): _____

כתובת מגורים: רחוב _____ ישוב _____ מיקוד _____

טלפון בבית: _____ טלפון בעבודה: _____ טלפון נייד: _____

E-mail _____ פקס: _____

תאריך לידה: _____ ארץ לידה: _____ שנת עליה: _____

אזרחות: _____

שרות צבאי: _____

מקום עבודה נוכחי וכתובתו: _____



המחלקה לשיקום הפה
ראש המחלקה: ד"ר זאב אורמינר
מרכז המחלקה: ד"ר ערן דולב

תואר	שנת סיום	שנת התחלה	ארץ / עיר	מוסד	השכלה
					תיכונית
					אקדמית
					אקדמית
					אקדמית
					השתלמות

פרט ניסיון מעשי ברפואת שיניים:

פרסומים (יש לצרף דף פרסומים)



המחלקה לשיקום הפה
ראש המחלקה: ד"ר זאב אורמינר
מרכז המחלקה: ד"ר ערן דולב

פרסים ותארים (נא לצרף תעודות):

שטחי התעניינות נוספים פרט לרפואת שיניים (כמו ספורט, תחביב).

דברים אחרים שלדעתך יכולים לעניין את ועדת הקבלה: (שירות לקהילה וכד')

מהן תכונותיך לאחר גמר התמחותך:

היכן שמעת על התכנית?
