



המחלקה לפריודונטיה ושתלים דנטליים
מ"מ ראש המחלקה: ד"ר אילן ביתליתום
מרכזת המחלקה: ד"ר חייה מאיר
מנהל תכנית ההתמחות: פרופ' קרלוס נמקובסקי

מודיע

נפתחת ההרשמה ללימודי התמחות בפריודונטיה החל משנת הלימודים תש"פ

תכנית הלימודים בפריודונטיה מוכרת ע"י המועצה המדעית כחלק מהדרישות להתמחות. בסיום הלימודים וסיום מחלקות הסבב (רוטציות), על המתמחה לגשת לבחינות המועצה המדעית על מנת לקבל תואר מומחה בפריודונטיה.

רשאים להגיש את מועמדותם רופאי שיניים בעלי רישיון לעסוק ברפואת שיניים בישראל אשר סיימו לימודיהם במוסד מוכר להשכלה גבוהה והם בעלי ניסיון קליני של שנתיים לפחות מיום קבלת הרישיון.

ההרשמה תסתיים ביום 31.12.2019

נרשמים שלא יציגו את המסמכים הדרושים עד למועד האחרון לסיום ההרשמה, מועמדותם לא תידון.

פרטים נוספים וטופסי הרשמה ניתן לקבל

במייל בלבד niliger@tauex.tau.ac.il

לא יישלחו טפסים בדואר.



המחלקה לפריודונטיה ושתלים דנטליים
מ"מ ראש המחלקה: ד"ר אילן ביתליתום
מרכזת המחלקה: ד"ר חייה מאיר
מנהל תכנית ההתמחות: פרופ' קרלוס נמקובסקי

התמחות בפריודונטיה 2020

סגל ההוראה: חברי המחלקה לפריודונטיה שתלים דנטליים וסגל בית הספר.

מטרת התכנית

הוראת רופאי שיניים המבקשים להרחיב ידיעותיהם בפריודונטיה ואימפלטולוגיה והכשרה לתואר מומחה בפריודונטיה. במהלך הלימודים ישיגו המתמחים ידע ושליטה בתחומים הבאים:

1. אנטומיה וביולוגיה של הפה ומנגנון הפריודונטי.
2. פתולוגיה ופתוגנזיס של המחלות הפריודונטיות.
3. מיקרוביולוגיה ואימונולוגיה במחלות פריודונטיות.
4. אבחון מחלות פריודונטיות, אבחנות רב-תחומיות, פרוגנוזה.
5. תכנית טיפול במתפא הפריודונטי.
6. טיפול במחלה פריודונטית באמצעות טיפולים שמרניים וכירורגיים משחזרים /לא משחזרים.
7. הכרה ותרגול קפדני של כירורגיה פריודונטית.
8. תכנון טיפול תחזוקתי תומך.
9. הבנת התהליכים הביולוגיים הכרוכים במצבי ריפוי של מחלות פריודונטיות.
10. אפידמיולוגיה ומניעה של מחלות פריודונטיות.
11. ביצוע השתלות (Osseointegrated implant placement) כחלק מהטיפול הפריודונטי וכחלק מטיפול שיקומי כולל.
12. רגנרציה גרמית של הרכסים לפני ו/או בעת ההשתלות.
13. אוגמנטציה גרמית של הסינוס המקסילרי.
14. טיפול ברקמה הרכה ברכסים מחוסרי שיניים / סביב שתלים.
15. פתולוגיה ופתוגנזיס של מחלות סביב שתלים (Peri-implantitis).
16. מיקרוביולוגיה ואימונולוגיה במחלות סביב שתלים.
17. אבחון פתולוגיה סביב שתלים.
18. טיפול כירורגי ולא כירורגי ב- Peri-implantitis.
19. תחזוקת שיקום ע"ג שתלים.
20. בקיאות וכושר הערכה של הספרות המקצועית.
21. רפואת הפה, פתולוגיה והקשר בין מחלות סיסטמיות וביטוין בחלל הפה בכלל ובפרט.
22. שיתוף פעולה עם יתר ענפי רפואת השיניים הקלינית לשם טיפול כולל במתפא: כירורגיה מקסילופציאלית, רפואת שיניים משקמת, אורתודונטיה, פדודונטיה ואנדודונטיה.

מבנה ההתמחות

תכנית ההתמחות **בפריודונטיה**, בהתאם לתקנות המועצה המדעית ומשרד הבריאות והפדרציה האירופאית לפריודונטיה (EFP) כוללת 4 שנים במחלקה לפריודונטיה (מחלקת אם).



המחלקה לפריודונטיה ושתלים דנטליים
מ"מ ראש המחלקה: ד"ר אילן ביתליתום
מרכזת המחלקה: ד"ר חייה מאיר
מנהל תכנית ההתמחות: פרופ' קרלוס נמקובסקי

במקביל או ברצף על המתמחה לבצע:

- א. 3 חודשים במחלקה לכירורגיית פה ולסתות.*
- ב. 3 חודשים ברפואת הפה או בפתולוגיה אורלית או במחלקה לפתולוגיה כללית שמבצעים בה בדיקות מרקמות הפה וראש צוואר.*
- ג. 6 חודשים מדעי היסוד ו/או עבודת מחקר**.

* מחלקות המוכרות על ידי המועצה המדעית.
** מתמחים בעלי תואר MSc או Phd במדעי החיים או הרפואה יהיו פטורים ממדעי היסוד.
לאחר עמידה בכל דרישות תכנית ההתמחות, כולל אישור פנקס המתמחה, רשאי המתמחה לגשת לבחינות המועצה המדעית לקבלת הסמכה כמומחה מטעם משרד הבריאות.
יש לקבל את אישור ראש מחלקת האם לרוטציות.

מהלך ההתמחות

משך ההתמחות ארבע שנים והיא תחל ביום _____
ההתמחות תתקיים בימי א-ו בהיקף מלא, עפ"י לוח הפעילות שיקבע מידי שנה (בכפוף לשינויים).

תינתן אפשרות לשלב במסגרת התוכנית, לימודים לתואר מוסמך.

בנוסף, חייב כל מתמחה:

1. לבצע מחקר, במסגרת מחלקת האם, עפ"י תכנית שתקבע על ידי ראש המחלקה או ראש ההתמחות. מחקר זה הוא בנוסף לאמור בסעיף ג לעיל.
2. להשתתף באופן פעיל, בהדרכת סטודנטים לרפואת שיניים במרפאות הסטודנטים – לפחות בקליניקה אחת בשבוע.
3. לעמוד בדרישות הקליניות - לטפל במספר רחב של מתרפאים ובמגוון רחב של מקרים.

במהלך ההתמחות תבוצענה הערכות שוטפות של הישגי המתמחה. **מתמחה שלא יעמוד בדרישות, תופסק התמחותו.**

עלות ההתמחות -420,000 ₪ וניתן לפרוס אותה עד ל - 42 תשלומים חודשיים.

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 ולהמציא הערכה אקויוולנטית).
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 ₪.



המחלקה לפריודונטיה ושתלים דנטליים
מ"מ ראש המחלקה: ד"ר אילן ביתליתום
מרכזת המחלקה: ד"ר חייה מאיר
מנהל תכנית ההתמחות: פרופ' קרלוס נמקובסקי

כל המסמכים צריכים להיות מקוריים או צילומים מאושרים ע"י המוסד או ע"י נוטריון.
תחילת תכנית ההתמחות מתוכננת לחודש מאי 2020.

ההרשמה מתבצעת במזכירות בית הספר לרפואת שיניים ותחל ב- 01.11.19 עד ה- 31.12.19

פרטים וטופסי רישום ניתן לקבל מר' מוסטפא אבו ראס בדואר אלקטרוני: mrass@tauex.tau.ac.il

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

הליכי הקבלה:

א. סינון ראשוני על סמך נתוני המועמד

ב. מבחני התאמה לבחינת כישורים ואפיון במכון התאמה (כדוגמת מכון "אדם מילוא" וכד')

ג. 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 מוועדת הקבלה (מכתב קבלה) והסדרת תשלום שכר הלימוד.

התכנית כפופה לשינויים.

לכבוד:

בית-הספר לרפואת שיניים ע"ש גולדשלגר

אוניברסיטת תל-אביב, רמת אביב, תל-אביב 6997801

פקס: 03-6409250

טלפון: 03-6409675

דואר אלקטרוני: mrass@tauex.tau.ac.il





המחלקה לפריודונטיה ושתלים דנטליים
 מ"מ ראש המחלקה: ד"ר אילן ביתליתום
 מרכזת המחלקה: ד"ר חייה מאיר
 מנהל תכנית ההתמחות: פרופ' קרלוס נמקובסקי

אבקש לרשום אותי להתמחות בפריודונטיה מאי-2020

תאריך: _____

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

שם משפחה קודם (בעברית): _____ תעודת זהות: _____

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: _____

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



המחלקה לפריודונטיה ושתלים דנטליים
מ"מ ראש המחלקה: ד"ר אילן ביתליתום
מרכזת המחלקה: ד"ר חייה מאיר
מנהל תכנית ההתמחות: פרופ' קרלוס נמקובסקי

פרט ניסיון מעשי ברפואת שיניים:

פרסומים (יש לצרף דף פרסומים)

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:



המחלקה לפריודונטיה ושתלים דנטליים
 מ"מ ראש המחלקה: ד"ר אילן ביתליתום
 מרכזת המחלקה: ד"ר חייה מאיר
 מנהל תכנית ההתמחות: פרופ' קרלוס נמקובסקי

היכן שמעת על התכנית?

לכבוד:

בית-הספר לרפואת שיניים ע"ש גולדשלגר
 אוניברסיטת תל-אביב, רמת אביב, תל-אביב 6997801
 פקס: 03-6409250
 טלפון: 03-6409307

דואר אלקטרוני: mrass@tauex.tau.ac.il

פרטי האשראי יועברו לביצוע ע"י אגנט פרץ לבירור טל. 03-6409112

להלן פרטי אשראי ואישורי על קריאת המידע בטפסי המידע על התמחות בפריודונטיה
 מאי - 2020

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

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

- מצ"ב דמי הרישום בכרטיס אשראי בסך 600 ₪ / אישור על תשלום דמי רישום בסך 600 ש"ח
- הריני מאשר/ת שקראתי את כל המידע הרשום במכתב הקבלה להתמחות בפריודונטיה לשנת תשע"ט
- ידוע לי כי דמי הרישום אינם מוחזרים בשום שלב בתהליך ואינם מהווים חלק משכר הלימוד (במידה וההתמחות לא תיפתח ביוזמת המחלקה יזוכה המועמד בסכום דמי הרישום ששולמו על ידו)

תשלום דמי רישום לתכנית:

ישראל / ויזה / דינרס / אמריקן אקספרס

מס' הכרטיס:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

בתוקף עד: קוד בגב הכרטיס:

פרטי בעל הכרטיס:
 מס' טלפון

שם	מס' ת"ז	מס' טלפון
----	---------	-----------

תאריך _____ חתימה _____