



המחלקה לפתולוגיה אורלית ורפואת הפה,

ראש המחלקה: פרופסור מרילנה ורד
מרכזת המחלקה: ד"ר שושנה רייטר

התמחות ברפואת הפה 2019 אחראי ההתמחות - ד"ר איילת זלוטוגורסקי-הורביץ

סגל ההוראה

ד"ר שושנה רייטר / ד"ר איילת זלוטוגורסקי / ד"ר יולי גולדמן / ד"ר ג'רמי אדל / ד"ר אסנת גרינשטיין קורן / ד"ר אורית
וינקור / ד"ר לזר כץ

- בנוסף ידריכו במסגרת ההתמחות אנשי סגל נוספים

מטרת התכנית

1. אבחון וטיפול במחלות ריריות הפה, בלוטות הרוק, וכאבי פנים ולסתות.
2. אבחון ביטויים אורליים של מחלות סיסטמיות.
3. אבחון ופענוח תצלומי רנטגן.
4. הכרת המאפיינים ההיסטופתולוגיים של נגעים אורליים והקורלציה הקליניקה-פתולוגית.
5. מתן טיפול דנטלי למתרפאים עם מחלות סיסטמיות מורכבות הדורש שינויים בתכנית הטיפול הדנטלי בהתאם למצבם הרפואי של המתרפאים.
6. מעקב וגילוי מוקדם של נגעים טרום ממאירים וממאירים בחלל הפה.
7. רכישת בקיאות בשיטות המחקר המקובלות ברפואת הפה.
8. רכישת כושר קריאה ביקורתית של הספרות המקצועית בתחום רפואת הפה.

מבנה ההתמחות

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

- א. 2.5 שנים במחלקה לרפואת הפה (מחלקת אם).
- ב. 3 חודשים במחלקה לרפואה פנימית (רוטציה).
- ג. 3 חודשים ברדיולוגיה (רוטציה).
- ד. 3 חודשים בפתולוגיה אורלית או במחלקה לפתולוגיה כללית שמבצעים בה בדיקות מרקמות הפה וראש-צוואר.
- ה. 3 חודשים מקצוע בחירה.
- ו. 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.



המחלקה לפתולוגיה אורלית ורפואת הפה,

ראש המחלקה: פרופסור מרילנה ורד
מרכזת המחלקה: ד"ר שושנה רייטר

מהלך ההתמחות

משך ההתמחות ארבע שנים והיא תחל ביום **1.11.2019**

ההתמחות תתקיים בימי א-ה; לגבי שעות הפעילות יש להתעדכן אצל אחראי ההתמחות
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 מדעי החיים או הרפואה יהיו פטורים ממדעי יסוד.
2. להשתתף באופן פעיל בהדרכת סטודנטים לרפואת שיניים במרפאות הסטודנטים.
3. לטפל במספר רחב של מתרפאים.
4. 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 -82,000 ₪ וניתן לפרוס אותה עד ל – 30 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 – כולל לימודים קדם קליניים.
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 (בהתאם לשיקול סגל המחלקה).
8. ביטוח אחריות מקצועית בתוקף.
9. תעודת יושר מהמשטרה.
10. אישור על תשלום דמי רישום בסך של 600 ₪.



המחלקה לפתולוגיה אורלית ורפואת הפה,

ראש המחלקה: פרופסור מרילנה ורד
מרכזת המחלקה: ד"ר שושנה רייטר

כל המסמכים צריכים להיות מקוריים, או צילומים מאושרים ע"י המוסד (נאמן למקור), או ע"י נוטריון.

ההרשמה ללימודי התמחות מתבצעת במזכירות בית הספר לרפואת שיניים,

בין התאריכים **12.9.19 – 7.8.19**

פרטים נוספים וטופסי רישום ניתן לקבל בפניה במייל למזכירות הסטודנטים
mrass@tauex.tau.ac.il טל: **03-6409675**

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') - לפי שיקול סגל המחלקה
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).

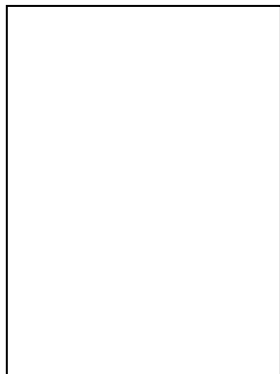
כללי:

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 לפתולוגיה אורלית ורפואת הפה,

ראש המחלקה: פרופסור מרילנה ורד
מרכזת המחלקה: ד"ר שושנה רייטר



לכבוד:

בית-הספר לרפואת שיניים ע"ש גולדשלגר
אוניברסיטת תל-אביב, רמת אביב, תל-אביב 6997801
מזכירות הסטודנטים

אבקש לרשום אותי להתמחות רפואת הפה _____

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 לפתולוגיה אורלית ורפואת הפה,

ראש המחלקה: פרופסור מרילנה ורד

מרכזת המחלקה: ד"ר שושנה רייטר

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 לפתולוגיה אורלית ורפואת הפה,

ראש המחלקה: פרופסור מרילנה ורד
מרכזת המחלקה: ד"ר שושנה רייטר

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 תוכניותיך לאחר גמר התמחותך:

היכן שמעת על התכנית?



המחלקה לפתולוגיה אורלית ורפואת הפה,

ראש המחלקה: פרופסור מרילנה ורד

מרכזת המחלקה: ד"ר שושנה רייטר



המחלקה לפתולוגיה אורלית ורפואת הפה,

ראש המחלקה: פרופסור מרילנה ורד
מרכזת המחלקה: ד"ר שושנה רייטר

- 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 להשתלמות המתקדמת ברפואת שיניים אסתטית לשנת תשע"ט

תשלום דמי רישום לתכנית:

ישראל / ויזה / דיינרס / אמריקן אקספרס
מס' הכרטיס:

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

בתוקף עד: קוד בגב הכרטיס:

פרטי בעל הכרטיס:

מס' טלפון

שם

מס' ת"ז

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

תאריך _____ חתימה _____