**Aanvraag tot erkenning als stagemeester algemeen tandarts**

|  |  |
| --- | --- |
| Eerste aanvraag | **[ ]**  |
| Hernieuwing[[1]](#footnote-1)/Wijziging2 | **[ ]**  |

**Deel 1: Basisinformatie**

**1.1. Naam van de kandidaat-stagemeester**

|  |  |
| --- | --- |
| **Naam**(zoals op Identiteitskaart vermeld) **:**  | **Voornamen :**  |
| **Rijksregisternummer :**  | **RIZIV Nummer:** |
| **E-mail :** | **Telefoonnummer :** |

**1.2. Bijscholingsactiviteiten tijdens de laatste 5 jaar:**

|  |  |
| --- | --- |
| Ik was volledig geaccrediteerd gedurende de laatste 5 jaar | **[ ]**  |
| Ik was niet of onvolledig geaccrediteerd gedurende de laatste 5 jaar**C:\Users\hme\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary Internet Files\Content.IE5\IZ4ZX2KZ\attention-307030_640[1].png** Gelieve de tabel in **bijlage B** in te vullen en de bewijzen van uw gevolgde bijscholing toe te voegen  | **[ ]**  |

|  |  |
| --- | --- |
| Ik heb deelgenomen aan de opleidingsseminaries voor de stagemeesters3 | **[ ]**  |

**1.3 Hoeveel stagiairs wenst u jaarlijks te begeleiden?**

Het maximum aantal jaarlijks te begeleiden stagiairs is beperkt tot 2, ongeacht het gevraagde quotum.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Aantal |
| Voltijds (minstens 32 uur verspreid over **8 halve dagen)** | Choisissez un élément. |
| Twee-derdetijds (minstens 20 uur verspreid over **5 halve-dagen**) | Choisissez un élément. |
| Halftijds (minstens 16 uur verspreid over **4 halve dagen**) | Choisissez un élément. |
| Derdetijds (minstens 12 uur verspreid over **3 halve dagen**) | Choisissez un élément. |

**1.4 Hoe wordt de verplichting van de zorgcontinuïteit ingevuld? Geef aan bij welke wachtdienst u bent aangesloten en voeg het bewijs ervan bij (Bijlage C):**

|  |
| --- |
| Choisissez un élément.  |

**Deel 2: Inlichtingen over de enige stageplaats**

**2.1 Gegevens stageplaats:**

|  |  |
| --- | --- |
| Benaming praktijk |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Straat + Huisnummer/bus |  |
| Postcode + Gemeente |  |
| Telefoonnummer |  |
| Website |  |
| KBO nummer van de entiteit die de stagiair zal vergoeden |  |
| Naam van de zaakvoerder(s) |  |

**![C:\Users\hme\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary Internet Files\Content.IE5\IZ4ZX2KZ\attention-307030_640[1].png]()** Indien u zelf geen zaakvoerder bent van de praktijk, gelieve het gedeelte hieronder in te vullen en door de zaakvoerder(s) te laten ondertekenen.

Ik/Wij ondergetekende, zaakvoerder(s) van de praktijk , geef/geven toestemming aan om een stagiair te begeleiden binnen de praktijk en ik/wij verbind(en) me/ons ertoe alle wettelijke voorwaarden en verplichtingen te respecteren.

Ik, ondergetekende, hoofdtandarts verantwoordelijk voor de praktijk, geef toestemming aan \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ om een stagiair te begeleiden binnen de praktijk en ik verbind me ertoe alle wettelijke voorwaarden en verplichtingen te respecteren.

**Naam en voornaam, gevolgd door “gelezen en goedgekeurd” en de handtekening(en) van de zaakvoerder(s) en de hoofdtandarts:**

**Datum** Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

**2.2 Aard van de praktijk:**

|  |  |
| --- | --- |
| Individuele praktijk | **[ ]**  |
| Groepspraktijk/Ziekenhuis | **[ ]**  |
| Aantal collega’s (niet stagiair, maar uzelf inbegrepen) |  |
|  |

**2.3 Totaal aantal behandeleenheden beschikbaar in de praktijk:**

|  |
| --- |
|  |

 Foto’s van alle behandelruimtes als Bijlage D bijvoegen.

**2.4 Samenstelling van de praktijk en werkschema:**

**2.4.1. Te gebruiken codes**

Gelieve de tabellen van de punten 2.4.2.en 2.4.3. in te vullen gebruik makend van volgende codes:

* **KS1, KS2, …: de kandidaat-stagemeesters**
* **KS1-ST1, KS1-ST2, KS2-ST1, KS2-ST2, …,** : De beschikbare capaciteit voor de stagiairs van de kandidaat-stagemeesters en de aanvragers
* **SM1, SM2, …**: De reeds erkende stagemeesters
* **SM1-ST1, SM1-ST2, SM2-ST1, SM2-ST2, …**: De beschikbare capaciteit voor de stagiairs van de reeds erkende stagemeesters
* **C1, C2, C3…**: Uw andere collega’s binnen de praktijk die niet erkend zijn als stagemeester en die geen kandidaat zijn voor de erkenning als stagemeester.
* **H1, H2, H3, …** : mondhygiënisten

**2.4.2. samenstelling van de praktijk**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Code**  | **Naam** | **RIZIV Nummer** | **Beroepstitel en/of specifieke praktijk (indien van toepassing, bijvoorbeeld endodontologie, kindertandheelkunde, …)** | **Aantal halve dagen stoeltijd in de praktijk** | **Door de kandidaat-stagemeesters gevraagde erkenning: Voltijds, Twee-Derdetijds, Halftijds of Derdetijds** |
| **KS1** |  |  |  |  | Choisissez un élément. |
| **KS2** |  |  |  |  | Choisissez un élément. |
| **KS3** |  |  |  |  | Choisissez un élément. |
| **KS4** |  |  |  |  | Choisissez un élément. |
| **KS5** |  |  |  |  | Choisissez un élément. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Code**  | **Naam** | **RIZIV Nummer** | **Beroepstitel en/of specifieke praktijk (indien van toepassing, bijvoorbeeld endodontologie, kindertandheelkunde, …)** | **Aantal halve dagen stoeltijd in de praktijk** | **Erkend voor : Voltijds, Halftijds of Derdetijds** |
| **SM1** |  |  |  |  | Choisissez un élément. |
| **SM2** |  |  |  |  | Choisissez un élément. |
| **SM3** |  |  |  |  | Choisissez un élément. |
| **SM4** |  |  |  |  | Choisissez un élément. |
| **SM5** |  |  |  |  | Choisissez un élément. |

**Naam en Voornaam, gevolgd door de vermelding “gelezen en goedgekeurd” en de handtekening(en) van alle stagemeesters, kandidaat-stagemeesters en collega’s werkzaam in de praktijk:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Code**  | **Naam** | **RIZIV Nummer** | **Beroepstitel en/of specifieke praktijk (indien van toepassing, bijvoorbeeld endodontologie, kindertandheelkunde, …)** | **Aantal halve dagen stoeltijd in de praktijk** |
| **C1** |  |  |  |  |
| **C2** |  |  |  |  |
| **C3** |  |  |  |  |
| **C4** |  |  |  |  |
| **C5** |  |  |  |  |
| **C6** |  |  |  |  |
| **C7** |  |  |  |  |
| **C8** |  |  |  |  |
| **C9** |  |  |  |  |
| **C10** |  |  |  |  |
| **C11** |  |  |  |  |
| **C12** |  |  |  |  |
| **C13** |  |  |  |  |
| **C14** |  |  |  |  |
| **C15** |  |  |  |  |
| **H1** |  |  |  |  |
| **H2** |  |  |  |  |
| **H3** |  |  |  |  |

**2.4.3. Werkschema:**

Informatie bij het invullen van het werkschema:

* De zaterdaguren worden niet meegeteld in de beoordeling van de capaciteit van de stageplaats. De stagiairs moeten de mogelijkheid krijgen om al hun stage-uren van maandag t.e.m. vrijdag te presteren.
* Elke prestatiedag van de stagiair wordt maximaal als een 8 uren dag beoordeeld, zelfs indien het aantal reëel gepresteerde uren hoger is dan 8 uren.,
* Elke gepresteerde halve dag van de stagiair wordt maximaal als een 4 uren halve dag beoordeeld, zelfs indien het aantal reëel gepresteerde uren hoger is dan 4 uren.
* De stagemeester moet steeds aanwezig zijn in de praktijk waar de stagiair werkzaam is.
* De stagiair moet een eigen behandeleenheid ter beschikking hebben.
* Gelieve bijkomende behandeleenheden aan het formulier toe te voegen indien de praktijk over meer dan 8 behandeleenheden beschikt.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Voormiddag** | **Namiddag** | **Voormiddag** | **Namiddag** |
|  | **Wie** | **Aantal uren** | **Wie** | **Aantal uren** | **Wie** | **Aantal uren** | **Wie** | **Aantal uren** |
|  | Behandeleenheid 1 | Behandeleenheid 2 |
| Maandag |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Dinsdag |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Woensdag |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Donderdag |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Vrijdag |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Zaterdag |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Behandeleenheid 3 | Behandeleenheid 4 |
| Maandag |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Dinsdag |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Woensdag |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Donderdag |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Vrijdag |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Zaterdag |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Voormiddag** | **Namiddag** | **Voormiddag** | **Namiddag** |
|  | **Wie** | **Aantal uren** | **Wie** | **Aantal uren** | **Wie** | **Aantal uren** | **Wie** | **Aantal uren** |
|  | Behandeleenheid 5 | Behandeleenheid 6 |
| Maandag |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Dinsdag |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Woensdag |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Donderdag |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Vrijdag |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Zaterdag |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Behandeleenheid 7 | Behandeleenheid 8 |
| Maandag |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Dinsdag |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Woensdag |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Donderdag |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Vrijdag |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Zaterdag |  |  |  |  |  |  |  |  |

**2.5 Inrichting van de stageplaats:**

2.5.1 Welke sterilisatiemethoden worden gehanteerd? Gelieve het type en het merk van de producten en de toestellen te vermelden (+ foto van de uitrusting en van de originele aankoop- of onderhoudsfactuur in Bijlage D).

* Voor instrumenten:

|  |  |
| --- | --- |
| Producten: |  |
| Thermodesinfector: |  |
| Sterilisator: |  |

* Voor roterend instrumentarium:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Producten: |  |  |
| Toestellen: | Reiniging: |  |
|  | Sterilisatie: |  |
|  | Andere, specificeer: |  |

2.5.2 Welk dossiersysteem wordt gebruikt?

|  |  |
| --- | --- |
| Geïnformatiseerd | **[ ]**  |
| Handgeschreven | **[ ]**  |
| Gemengd | **[ ]**  |

2.5.3 Gebruik van MyCareNet

|  |
| --- |
| eHealth [ ]  |
| eAttest [ ]  |
| eFact [ ]  |

2.5.4 Welke wetenschappelijke tijdschriften en/of werken staan ter beschikking van de stagiairs (op papier of elektronisch)?

|  |
| --- |
|  |

2.5.5. Beschikt de stageplaats over een internettoegang ter beschikking van de stagiairs?

|  |  |
| --- | --- |
| Ja | **[ ]**  |
| Neen | **[ ]**  |

2.5.6 Beschikt de stageplaats over een ruimte om te lezen of te studeren tijdens de vrije ogenblikken?

|  |  |
| --- | --- |
| Ja | **[ ]**  |
| Neen | **[ ]**  |

2.5.7 Welke beeldvormingstechniek wordt gebruikt?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Analoog | Digitaal |
| Intra-orale radiografie\* | **[ ]**  | **[ ]**  |
| Panoramische radiografie\* | **[ ]**  | **[ ]**  |
|  |  |
| Andere, specificeer\* |  |

\*Een foto van elk toestel in Bijlage D toevoegen.

**Deel 3: Frequentie van behandelingen**

**Hoe vaak voert u als kandidaat-stagemeester onderstaande behandelingen in de stageplaats uit?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Regelmatig** | **Af en toe** | **Nooit****(of ik verwijs intern)** | **Nooit (of ik verwijs extern** |
| **Onderzoeken** | Medische anamnese  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Mondonderzoek | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Parodontale status | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Rx-status | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| DPSI | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| **Preventie** | Mondhygiëne-instructie | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Sealing | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Reiniging | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| **Conserverende****en restauratieve THK**  | Directe restauraties(vb. vullingen, composietveneers, …) | Kinderen | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Volwassenen | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Indirecte restauraties(vb. kroon- en brugwerk,in-/onlays, …) | Op natuurlijke tanden | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Op implantaten | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| **Uitneembare prothese** | Conventioneel | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Op implantaten | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| **Endodontologie** | Éénwortelige elementen | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Meerwortelige elementen | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| **Extracties** | Kinderen | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Volwassenen | Één- en meerwortelige elementen | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Wortelresten | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Ingesloten tanden | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| **Orale chirurgie**  | Kleine chirurgie (vb. biopsiename, gingivectomie, …) | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Plaatsen van orale implantaten | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| **Parodontologie** | Niet-chirurgische parodontale behandeling | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Chirurgische parodontale behandeling | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| **TM Pijn en dysfunctie** | Diagnose | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Therapie (vb. opbeetplaat, fysiotherapie e.d.) | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| **Orthodontie** | Niet-uitneembare apparatuur | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Uitneembare apparatuur | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

**Deel 4: Goedkeuring van de wettelijke voorwaarden en verplichtingen**

Wettelijke basis: o.a. Europese richtlijn 2005/36, het *koninklijk besluit van 10 november 1996 tot vaststelling van de erkenningsmodaliteiten van de beoefenaars van de tandheelkunde, houders van een bijzondere beroepstitel,* artikels 33 tot en met 42 en het *ministerieel besluit van 29 maart 2002 tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van beoefenaars van de tandheelkunde, houders van de bijzondere beroepstitel van algemeen tandarts*, artikels 4, 5 en 6.

We vestigen uw aandacht op het feit dat het respecteren van bovenvermelde reglementaire bepalingen met name inhoudt:

* De stagiair voldoende patiënten ter beschikking te stellen, alsook het nodige materiaal om te kunnen werken volgens de huidige tandheelkundige standaarden.
* Voldoende beschikbaar te zijn om de opleiding van de stagiair te verzekeren en steeds aanwezig te zijn in de praktijk waar de stagiair werkzaam is.
* Voorzien in een wekelijks onderhoud met elke stagiair.
* Een jaarlijks verslag van de activiteiten van de stagiair op te stellen.
* De stagiair te vergoeden zoals bepaald in het bovengenoemd *MB van 29 maart 2002.*
* De stagiair onvoorwaardelijk toe te laten de theoretische opleidingen, zoals bepaald in het curriculum voor de kandidaat-stagiair, te volgen.
* Voor elke stagiair een geïndividualiseerd opleidingsprogramma op te stellen dat overeenstemt met het door de Erkenningscommissie vastgestelde model.
* De praktijk moet een door het FANC verleende oprichtings- en exploitatievergunning behalen, de apparatuur moet goedgekeurd zijn en de stagemeester moet een persoonlijke vergunning hebben.

**Deel 5: Verklaring en Verbintenissen**

1. Ik verklaar tot tien jaar vóór de erkenning als stagemeester niet geschorst te zijn door de Minister die de Volksgezondheid onder zijn/haar bevoegdheid heeft of door de Minister die de Sociale Zaken onder zijn/haar bevoegdheid heeft.

2. Ik verbind me ertoe om me op constructieve manier te onderwerpen aan de eventuele bezoeken van de stageplaatsen die door de Raad van de Tandheelkunde en de erkenningscommissie in onderling overleg kunnen worden georganiseerd volgens bovengenoemd *KB van 10 november 1996*, artikel 33.

3. Ik verbind me ertoe het opleidingsseminarie voor stagemeesters te volgen binnen het eerste jaar stagemeesterschap.

4. Ik verbind me ertoe bij hernieuwing of wijziging van mijn erkenning minstens 1 opleidingsseminarie in de laatste 5 jaar gevolgd te hebben.

5. Ik verbind me ertoe mijn stagiair toe te laten zijn tandheelkundige wacht in de stageplaats uit te voeren.

6. Ik verbind me ertoe een verzekering burgerlijke aansprakelijkheid te hebben die het “risico uitbating” dekt.

7. Ik voeg bij dit formulier de bewijsstukken voor de ontvankelijkheid van mijn aanvraag.

Die bewijsstukken zijn:

[ ]  Bijlage A (model aan dit formulier toegevoegd): Omdat ik een wijziging van mijn huidige erkenning vraag, de verklarende nota betreffende de wijziging van de huidige erkenning;

[ ]  Bijlage B (model aan dit formulier toegevoegd): Overzichtslijst bijscholingen omdat ik de laatste 5 jaar niet of gedeeltelijk RIZIV geaccrediteerd was. Voor elke vermelde bijscholing voeg ik een bewijs van deelname bij;

[ ]  Bijlage C: het bewijs van inschrijving bij de wachtdienst.

[ ]  Bijlage D: Foto’s en scans van door de praktijk gebruikte uitrusting:

 [ ]  Alle behandeleenheden

 [ ]  Sterilisatiemethoden voor de instrumenten en het roterend instrumentarium: foto’s van de uitrustingen en scans van de originele aankoop- of onderhoudsfacturen

 [ ]  Beeldvormingstechnieken: foto’s van panoramische radiografie toestellen en/of anderen

**Naam en voornaam, gevolgd door “gelezen en goedgekeurd” en de handtekening van de kandidaat stagemeester:**

**Datum**

**OPMERKINGEN:**

|  |
| --- |
|  |

**met de bijlagen opsturen:**

🖰

[www.gezondheid.belgie.be](http://www.gezondheid.belgie.be) (contactformulier)

stagemeester@health.fgov.be

**VOOR MEER INFORMATIE:**

🖳 <http://www.health.belgium.be/nl/stagemeester-tandheelkunde>

🕿 Contactcenter: 02/524.97.97

🖰 stagemeester@health.fgov.be

**OPGELET:**

**![C:\Users\hme\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary Internet Files\Content.IE5\IZ4ZX2KZ\attention-307030_640[1].png]()** Gelieve alle vragen te beantwoorden. Indien u bepaalde vragen niet of moeilijk kunt beantwoorden, kunt u dit toelichten in de rubriek ‘opmerkingen’ bovenaan deze pagina. Onvolledige aanvragen zullen niet behandeld worden.

**![C:\Users\hme\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary Internet Files\Content.IE5\IZ4ZX2KZ\attention-307030_640[1].png]()** U zult op de hoogte worden gehouden over uw aanvraag via uw [eHealthBox](https://www.ehealth.fgov.be/nl/myehealth/login)

**Bijlage A: Verklarende nota betreffende wijziging van de huidige erkenning**

**![C:\Users\hme\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary Internet Files\Content.IE5\IZ4ZX2KZ\attention-307030_640[1].png]() Gelieve de bewijzen bij te voegen, die de gevraagde wijziging van de erkenning rechtvaardigen** (vb.: in het geval van het toevoegen van een behandeleenheid: de foto’s van elke behandeleenheid, de factuur voor de installatie van de bijkomende behandeleenheid en elk ander element dat volgens u de Werkgroep bij het onderzoek van uw aanvraag kan helpen …).

|  |
| --- |
|  |

**Naam en voornaam, gevolgd door de vermelding “gelezen en goedgekeurd” en de handtekening van de stagemeester:**

Datum

**Bijlage B: Bijscholingen**

Indien u niet of onvolledig geaccrediteerd was gedurende de laatste 5 jaar:

- Gelieve onderstaande **tabel** in **chronologische volgorde** in te vullen met de gevolgde bijscholingen en gelieve de subtotalen van het aantal uur per jaar in te geven.

- Gelieve de **bewijzen** van de gevolgde bijscholingen voor de jaren waarin u niet geaccrediteerd was te bezorgen (aanwezigheidsbewijzen, betalingsbewijzen …). Voor de jaren waarin u wel geaccrediteerd was, volstaat het overzicht van het RIZIV als bewijs.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr. Bijgevoegd Doc.** | **Datum** | **Titel** | **Organisator** | **Aantal uren** | **Totaal aantal uren per jaar** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |  |
| 11. |  |  |  |  |  |
| 12. |  |  |  |  |  |
| 13. |  |  |  |  |  |
| 14. |  |  |  |  |  |
| 15. |  |  |  |  |  |
| 16. |  |  |  |  |  |
| 17. |  |  |  |  |  |
| 18. |  |  |  |  |  |

1. 1De hernieuwingsaanvraag moet ten laatste zes maanden vóór de einddatum van de erkenning ingediend zijn.

2 In geval van wijziging, gelieve bij dit formulier bijgevoegde bijlage A in te vullen. [↑](#footnote-ref-1)