|  |  |
| --- | --- |
| Datum van ontvangst van de aanvraag: |  |

**AANVRAAG TOT ERKENNING ALS STAGEMEESTER EN ALS STAGEPLAATS
VOOR DE ALGEMEEN TANDARTS**

|  |  |
| --- | --- |
| Nieuwe aanvraag | **[ ]**  |
| Hernieuwing[[1]](#footnote-1) | **[ ]**  |
| Wijziging | **[ ]**  |

**Deel 1: Gegevens over de kandidaat-stagemeester**

**1.1 Persoonlijke gegevens:**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam |  |
| Voornaam |  |
| Telefoonnummer |  |
| Gsm-nummer |  |
| E-mailadres |  |
| Rijksregisternummer |  |
| RIZIV-nummer |  |

**1. 2 Hebt u minstens 6 jaar praktijkervaring als algemeen tandarts?**

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

**1.3 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 A** in te vullen en de bewijzen toe te voegen van uw gevolgde bijscholing. | **[ ]**  |
|  |  |
| Ik heb deelgenomen aan de opleidingsseminaries voor de stagemeesters[[2]](#footnote-2) | **[ ]**  |

**1.4 Hoeveel stagiairs wenst u jaarlijks te begeleiden?****[[3]](#footnote-3)**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Aantal: |
| Voltijds (minstens 32 uur per week) |  |
| Halftijds (minstens 16 uur per week) |  |
| 1/3e-tijds (minstens 12 uur per week) |  |

**1.5 Hoe wordt de verplichting van de zorgcontinuïteit ingevuld? Geef aan bij welke wachtdienst u bent aangesloten:**

|  |
| --- |
|  |

**Deel 2: Inlichtingen over de stageplaats(en)**

**![C:\Users\hme\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary Internet Files\Content.IE5\IZ4ZX2KZ\attention-307030_640[1].png]() Indien u een erkenning wenst aan te vragen voor meer dan één stageplaats, gelieve voor elke stageplaats een kopie van Deel 2 (pagina 3 t.e.m. 7 en Bijlagen B en C indien van toepassing) in te vullen.**

**2.1 Gegevens stageplaats:**

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

|  |  |
| --- | --- |
| Hoofdstageplaats | **[ ]**  |
| Bijkomende stageplaats | **[ ]**  |

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

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

**2.2 Aard van de praktijk:**

|  |  |
| --- | --- |
| Individuele praktijk | **[ ]**  |
| Groepspraktijk | **[ ]**  |
| Aantal collega’s (uzelf inbegrepen) |  |
| **C:\Users\hme\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary Internet Files\Content.IE5\IZ4ZX2KZ\attention-307030_640[1].png** Indien het een groepspraktijk betreft, gelieve **bijlage C** in te vullen. |

**2.3 Totaal aantal behandeleenheden die momenteel beschikbaar zijn in de praktijk:**

|  |
| --- |
|  |

**2.4 Werkschema:**

Gelieve het schema op de volgende pagina in te vullen met het gemiddeld aantal werkuren en met de bezetting van de behandeleenheden door:

* **KS**: De kandidaat stagemeester, uzelf.
* **ST1, ST2**: De beschikbare capaciteit voor de stagiair(s) waarvoor u een erkenning aanvraagt.
* **C1, C2, C3…**: Uw collega’s zoals ze benoemd zijn in bijlage C.
* **ST C1, ST C2**…: Indien uw collega’s erkend zijn als stagemeester of een erkenning hebben aangevraagd, vul aan met hun stagiairs.

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 tijdens de week te presteren.
* De stagemeester moet steeds aanwezig zijn op de plaats waar de stagiair werkzaam is.
* De stagiair moet een eigen behandeleenheid ter beschikking hebben.
* Indien de praktijk over meer dan 6 behandeleenheden beschikt, kunt u een kopie van de volgende pagina invullen.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **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 van de toestellen te vermelden.

* Voor de instrumenten:

|  |  |
| --- | --- |
| Producten: |  |
| Toestellen: |  |

* Voor het roterend instrumentarium:

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

2.5.2 Welk dossiersysteem wordt gebruikt?

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

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

|  |
| --- |
|  |

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

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

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

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

2.5.6 Welke beeldvormingstechniek wordt gebruikt?

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

**Deel 3: Frequentie van de behandelingen**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Regelmatig** | **Af en toe** | **Nooit****(of ik verwijs)** |
| **Onderzoeken** | Medische anamnese  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Mondonderzoek | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Parodontale status | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Rx-status | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| **Preventie** | Poets- en mondhygiëne-instructie | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Fluoridebehandeling | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Sealing | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Profylaxis | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| **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 | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| **Endodontie** | Monoradiculairen | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Pluriradiculairen | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| **Extracties** | Kinderen | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Volwassenen | Mono- en pluriradiculairen | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Wortelresten | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Ingesloten tanden | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| **Orale chirurgie**  | Kleine chirurgie (vb. biopsiename, gingivectomie, …) | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Plaatsen van orale implantaten | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| **Parodontologie** | Niet-chirurgische parodontale behandeling | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Chirurgische parodontale behandeling | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| **ATM dysfunctie** | Diagnose | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Therapie (vb. opbeetplaat, fysiotherapie e.d.) | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| **Orthodontie** | Vaste apparatuur | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Uitneembare apparatuur | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

**Deel 4: Verklaring op eer**

1. Ik dien mijn erkenningsaanvraag in als stagemeester en als stageplaats algemeen tandarts, conform 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 en 34 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.

2. Ik verklaar kennis te hebben genomen van de reglementaire bepalingen van de voornoemde besluiten en verbind me er toe deze te respecteren. Dat houdt met name in:

* De stagiair voldoende patiënten ter beschikking te stellen.
* Voldoende beschikbaar te zijn om de opleiding van de stagiair te verzekeren en steeds aanwezig te zijn op de plaats 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.* [[4]](#footnote-4)
* De stagiair toe te laten een theoretische opleiding, 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.

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

4. 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.

5. Ik verbind me ertoe de opleidings- en vervolgseminaries voor stagemeesters te volgen.

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

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

**Datum**

**OPMERKINGEN:**

|  |
| --- |
|  |

**FORMULIER TERUG TE STUREN NAAR:**

🖰 Stagemeester@gezondheid.belgie.be

Of

🖂 FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu

DG Gezondheidszorg – Stagemeesters Tandartsen

Eurostation Blok II

Victor Hortaplein 40, bus 10

1060 BRUSSEL

**VOOR MEER INFORMATIE:**

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

🕿 Contactcenter: 02/524.97.97

🖰 Stagemeester@gezondheid.belgie.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: Bijscholingen**

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

- 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.

- 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.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Datum** | **Titel** | **Organisator** | **Aantal uren** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Datum** | **Titel** | **Organisator** | **Aantal uren** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Bijlage B: Toestemming van de beheerder van de stageplaats**

|  |  |
| --- | --- |
| KBO nummer: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Naam beheerder: |  |

Ik ondergetekende, beheerder van de praktijk , geef toestemming aan
mevr. / m. om een stagiair te begeleiden in die praktijk.

**Ondertekening: Naam en voornaam, gevolgd door “gelezen en goedgekeurd” en de handtekening van de zaakvoerder:**

Datum

**Bijlage C: Collega’s groepspraktijk**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam groepspraktijk: |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Naam | RIZIV-nummer | Beroepstitel en/of bijzondere bekwaming (indien van toepassing, bijv. endodontie) | Aantal halve dagen per week werkzaam in de praktijk | Erkenning of aanvraag erkenning stagemeester (in dezelfde stageplaats): Ja / Nee |
| C1 |  |  |  |  |  |
| C2 |  |  |  |  |  |
| C3 |  |  |  |  |  |
| C4 |  |  |  |  |  |
| C5 |  |  |  |  |  |
| C6 |  |  |  |  |  |
| C7 |  |  |  |  |  |
| C8 |  |  |  |  |  |
| C9 |  |  |  |  |  |
| C10 |  |  |  |  |  |
| C11 |  |  |  |  |  |
| C12 |  |  |  |  |  |
| C13 |  |  |  |  |  |
| C14 |  |  |  |  |  |
| C15 |  |  |  |  |  |

1. De aanvraag tot hernieuwing moet zes maanden voor het verstrijken van de erkenning worden ingediend. [↑](#footnote-ref-1)
2. Alvorens een eerste maal een stagiair te begeleiden, dient de stagemeester deel te nemen aan de opleidingsseminaries voor stagemeesters.

Nadat de erkenning als stagemeester is toegekend worden de stagemeesters opgeroepen door de universiteiten of de beroepsverenigingen om deel te nemen aan deze opleidingsseminaries. Indien u in het verleden al erkend was als stagemeester, zal dit criterium gecontroleerd worden. [↑](#footnote-ref-2)
3. De stagemeester mag maximaal twee stagiairs tegelijkertijd begeleiden. [↑](#footnote-ref-3)
4. De stagemeesters zijn eraan gehouden een minimale bruto vergoeding te betalen aan hun stagiairs. Dit bedrag wordt jaarlijks geïndexeerd overeenkomstig de gezondheidsindex. Vanaf 1 juli 2015 bedraagt deze vergoeding 17.844,88 € per stagejaar. [↑](#footnote-ref-4)