



**ZDRAVNIŠKA ZBORNICA SLOVENIJE**  
**Oddelek za usposabljanje in strokovni nadzor**  
Dalmatinova 10, 1000 Ljubljana, Slovenija  
Tel.: \*\*386/1/30-72-166, Fax.: 386/1/30-72-169

# **LIST ZDRAVNIKA SPECIALIZANTA**

## **SPECIALIZACIJA IZ STOMATOLOŠKE PROTETIKE**

--	--

**Ime in priimek specializanta**

**Naslov**

--	--

**Datum, kraj rojstva, državljanstvo**

**Telefon, e-mail**

--	--

**Diploma Medicinske fakultete, kraj**

**Datum**

--

**Glavni mentor**

--	--	--

**Datum odobritve specializacije**

**Št. odločbe**

**Pričetek specializacije**

# A. PROGRAM SPECIALIZACIJE IZ STOMATOLOŠKE PROTETIKE

## a. Endodontija: En (1) mesec

Od – do :	
Institucija :	
Opravil program in zaključni kolokvij :	
Podpis neposrednega mentorja :	

## b. Parodontologija in kirurški del implantologije: Dva (2) meseca

Od – do :	
Institucija :	
Opravil program in zaključni kolokvij :	
Podpis neposrednega mentorja :	

## c. Oralna in maksilofacialna kirurgija: Dva (2) meseca

Od – do :	
Institucija :	
Opravil program in zaključni kolokvij :	

**d. Zobna in čeljustna ortopedija: En (1) mesec**

Od – do :	
Institucija :	
Opravil program in zaključni kolokvij :	
Podpis neposrednega mentorja :	

**e. Klinična fiksna protetika, snemna protetika, maksilofacialna protetika, implantna protetika in gnatologija: 27 mesecev**

Od – do :	
Institucija :	
Opravil program in zaključni kolokvij :	
Podpis neposrednega mentorja :	

**f. Fiksna protetika**

Od – do :	
Institucija :	
Dokumentacija storitev in aktivnosti je pripravljena :	
Podpis neposrednega mentorja :	

**g. Snemna protetika**

Od – do :	
Institucija :	
Dokumentacija storitev in aktivnosti je pripravljena :	
Podpis neposrednega mentorja :	

### **h. Implantna protetika**

Od – do :	
Institucija :	
Dokumentacija storitev in aktivnosti je pripravljena :	
Podpis neposrednega mentorja :	

### **i. Gnatologija**

Od – do :	
Institucija :	
Dokumentacija storitev in aktivnosti je pripravljena :	
Podpis neposrednega mentorja :	

### **j. Maksilofacialna protetika**

Od – do :	
Institucija :	
Dokumentacija storitev in aktivnosti je pripravljena :	
Podpis neposrednega mentorja :	

**k. Kroženje do štiri mesece pri specialistu protetike, vrsta izpopolnjevanja:**

Od – do :	
Institucija :	
Dokumentacija storitev in aktivnosti je pripravljena :	
Podpis neposrednega mentorja :	

**l. Laboratorijska fiksna in snemna protetike ter gnatologija:**

Od – do :	
Institucija :	
Opravljen program :	
Podpis neposrednega mentorja :	

**m. Izbirni program (podčrtaj)**

poglobljeno delo na področju maksilofacialne protetike ali gnatologije: kraniomandibularne motnje in bolezni čeljustnih sklepov.

Opravil program :	
Podpis neposrednega mentorja :	

## **B. SODELOVANJE NA INTERDISCIPLINARNIH KONZILIJH**

Datum :	
Datum :	
Datum :	
Datum :	
Podpis starejšega specialista :	

## **C. Sodelovanje pri predkliničnih vajah na fantomu in modelih:**

Datum :	
Datum :	
Datum :	
Datum :	
Podpis vodje vaj :	

## **D. Sodelovanje pri kliničnih vajah študentov**

Datum :	
Podpis vodje vaj :	

Datum :	
Podpis vodje vaj :	

### **E. Udeležbe na strokovnih tečajih**

Zap. št.	Vrsta tečaja :	Trajanje :	Vodja :
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

### **F. Aktivna udeležba na kongresu, seminarju...**

	Avtorji :	Naslov :	Vrsta srečanja :	Kraj :	Čas :
1.					
2.					

3.					

### G. Pasivna udeležba na kongresu, seminarju...

	Avtorji :	Naslov :	Vrsta srečanja :	Kraj :	Čas :
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

### H. Seminarji naslovi, mentor oz. moderator, datum:

	Naslov :	Mentor oziroma moderator :	Datum :
1.			
2.			



3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

## I. Raziskovalno delo

## **J. Specialistična naloga in/oziroma objavljeni članki:**

1.	
2.	

## **K. Kolokviji**

## **L. OBVEZNI POSEGI IN OBRAVNAVE**

Dokumentirani specialistični pregledi in načrtovanje z variantami rešitev: 100
Solitarna fiksno protetična sidra (inlej, onlej, fasete, delne prevleke, polne prevleke) po različnih tehnikah: >200 enot
Obsežne fiksno protetične oskrbe defektnih zobnih lokov in korekcije medčeljustnih odnosov: 4 zobni loki
Parodontalna protetika in konusni snemni mostovi: 3 pacienti
Protetična oskrba po oralno kirurških posegih: 2 pacienta
Maksilofacialna protetična oskrba: 3 pacienti
Protetična oskrba prirojenih obraznih nakaz: 2 pacienta
Protetična oskrba po ortodontskem zdravljenju: 1 pacient

Interdisciplinarne estetske fiksno protetične rehabilitacije: 2 zobna loka
Načrtovanje implantno protetične oskrbe: 5 pacientov
Fiksna implantno protetična oskrba: vsaj 5 implantov
Protetična prva pomoč in demontaže: 10 pacientov
Začasni mostički in prevleke po različnih tehnikah: >200 enot
Zdravljenje bruksizma s protetičnimi sredstvi: 2 pacienta
Fiksno protetične oskrbe obrabe trdih zobnih tkiv: 6 zob
Protetične oskrbe psihično in zdravstveno kompromitiranih pacientov: 2 pacient
Uporaba zahtevnih individualnih gnatoloških tehnik: 6 pacientov
Funkcionalna analiza griza v artikulatorju in na pacientu: 6 pacientov
Interdisciplinarno zdravljenje kranio mandibularnih motenj in bolezni čeljustnih sklepov: 2 pacienta
Totalna proteza:
-Zgornja totalna proteza po različnih načinih odtiskovanja, registarcijah griza in individualnih postavitvah zob: 7 protez
-Spodnja totalna proteza po različnih načinih odtiskovanja, registarcijah griza in individualnih postavitvah zob: 12 protez
-Različni načini podlaganja totalnih protez: 5 protez
Parodontalno podprta totalna proteza s koreninskimi sidri: 3 proteze
Parodontalno podprta totalna proteza s konusnimi prevlekami: 5 protez
Snemne implantno protetične oskrbe: 2 pacienta
Delna proteza z ulito bazo:
-brez fiksno protetične priprave: 5 protez
-s fiksno protetično pripravo: 10 protez
-s fiksno protetično pripravo in etečmeni: 5 protez

M. Kandidat je opravil zahtevani program kroženja, pisno specialistično nalogo in je pripravljen za opravljanje specialističnega izpita.

Podpis glavnega mentorja:

Datum:

***N. Dopust (letno 1 mesec):***

V dogovoru z glavnim mentorjem se določi koriščenje dopusta:

Prvo leto:
Drugo leto:
Tretje leto:

O. **Mnenje** o kandidatu, ki ga podata neposredni in glavni mentor, ob zaključku specializacije, s posebnim ozirom na teoretsko in praktično znanje kandidata, njegovo komunikacijo z bolniki in delavne navade.

Podpis neposrednega mentorja

Podpis glavnega mentorja

Pripombe specializanta:

Podpis specializanta:

Datum: