

## Specialespecifikke kurser – Tand-, mund og kæbekirurgi (2016 målbeskrivelse)

Navn: CPR-nummer: 

Kurstitel	Kursusperiode	Dato for godkendelse	Godkendelse ved underskrift og stempel/læseligt navn på underskriver
Teoretisk fælleskirurgisk kursus	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Traumatologi	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Respirations- og kredsløbsfysiologi	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Medicinsk risikovurdering	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Histopatologi og oral medicin	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Klinisk oral fysiologi	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Maxillofacial og dental traumatologi	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Onkologi	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kæbe- og ansigtsanomalier	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rekonstruktiv kirurgi	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Navn:

CPR-nummer:

**Attestation af hovedkursuslederen**

Attestation for at alle specialespecifikke kurser er gennemført og godkendt

Dato

Underskrift

Stempel/læseligt  
navn