

## BORDEAUX, les mercredi 10, jeudi 11 et vendredi 12 avril 2024

### Objectifs opérationnels :

- Maîtriser la communication hypnotique au cabinet dentaire pour apporter du bien-être aux patients et aux soignants (praticiens, assistantes, secrétaires).
- Prendre en charge les états de conscience des patients et soignants dans un cabinet dentaire.
- Développer l'éducation thérapeutique des patients présentant des phobies, des para-fonctions et troubles fonctionnels et motivation à l'hygiène.
- Apprendre l'hypnoanalgésie au cabinet dentaire
- Prévenir le burn-out des soignants.

**Formateur :** Dr Xavier PENIN

**Public et prérequis :** Être chirurgien-dentiste ou assistant(e) dentaire

**Programme :** Fiche descriptive et règlement intérieur téléchargeables sur [formations.ufsbd.fr/formations-cabinet-dentaire](http://formations.ufsbd.fr/formations-cabinet-dentaire)

### Tarifs :

	Adhérent <b>UFSBD</b>	Non adhérent
Chirurgien-Dentiste	880 €	910 €
Assistant(e) Dentaire	630 €	670 €
Binôme Praticien + Assistant(e)	1360 € assistant(e) supplémentaire : 600 €	1420 € assistant(e) supplémentaire : 640€

### Financements possibles :

<b>Avec le FIF PL pour les praticiens libéraux</b> A hauteur de 250€/ jour ( plafond 750€/an )	Dossier de prise en charge à réaliser sur l'espace fifpl.fr au maximum 10 jours après le début de la formation.
<b>Avec l'OPCO EP pour les praticiens salariés</b> Selon barème annuel	Renseignements et dossier de prise en charge sur <a href="http://www.opcoep.fr">www.opcoep.fr</a>

### Inscription :

	Chirurgien-dentiste	Assistant(e) dentaire
	Madame <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/>	Madame <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/>
Nom d'usage* :	.....	.....
Nom de naissance :	.....	.....
Prénom :	.....	.....
Date de naissance :	.....	.....
Lieu de naissance :	.....	.....
Email :	.....	.....
Numéro de téléphone :	.....	.....
Adresse :	.....	.....
Ville et Code Postal :	.....	.....

Je suis chirurgien-dentiste et je souhaite apporter mon soutien à l'UFSBD de mon département : je joins un chèque de 50 €



## Bulletin d'inscription

**RELATIONS PATIENTS/SOIGNANTS :**  
**Découvrez les bienfaits de l'hypnose au cabinet dentaire**

### Modalités d'inscription :

1. Ce bulletin est à nous renvoyer complété et accompagné du chèque de règlement.
2. A réception de votre dossier d'inscription, vous recevez un mail de confirmation d'inscription
3. 10 jours environ avant votre formation, vous recevrez par email votre convocation
4. Vous recevrez sous 7 jours après la formation, votre attestation de formation

### Contacts :

Information/inscription : UFSBD Formation – 7 rue Mariotte 75017 Paris – Tél : 01 44 90 93.91/94 – [formation@ufsbd.fr](mailto:formation@ufsbd.fr)

Contact Réfèrent Handicap : [referenthandicap@ufsbd.fr](mailto:referenthandicap@ufsbd.fr)

En remplissant ce bulletin d'inscription je m'engage à participer à la formation dans sa totalité. Les lieux, horaires et conventions me seront communiqués environ 10 jours avant la journée de formation. Toute demande d'annulation ou de report doit être notifiée par écrit et transmise à l'adresse [formation@ufsbd.fr](mailto:formation@ufsbd.fr) (conditions d'annulation et de report consultables sur les CGV). Dans le cas où le nombre de participants serait insuffisant et/ou en cas de force majeure (grève nationale, transports, intempéries...) l'UFSBD se réserve le droit d'ajourner ou annuler la prestation avant la date prévue et ne versera aucune indemnité. Retrouvez notre Charte de traitement des données personnelles (RGPD) sur [www.ufsbd.fr](http://www.ufsbd.fr)