

Seminarthema:

Schulung Praxishygiene

Referentin

Frau Melanie Ast
Praxiscoaching/Training, Hygienebeauftragte n. HygMedVO Medizinprodukteberaterin (DÜRR)

Zielgruppe

Behandler/-in
Assistenzarzt/-ärztin
Zahnmedizinische/r
Fachangestellte/r
ZMF

Fortbildungspunkte:

4

Die Fortbildungsveranstaltung entspricht den Leitsätzen und Empfehlungen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) vom 01.01.2006 einschließlich der Punktebewertungsempfehlung des Beirates Fortbildung der BZÄK und DGZMK.

Veranstalter

C. Klöss Dental
GmbH & Co. Betriebs KG
Pirnaer Straße 32 A
01809 Heidenau
Tel: 03529 - 52 34 50

Seminarinhalt

Hygiene in der Zahnarztpraxis ist ein komplexes Thema. Die Grundschulung „Praxishygiene“ zeigt, wie’s richtig geht. Bei praktischen Übungen werden die Schulungsinhalte, die sich am aktuellen Stand der Hygienerichtlinien orientieren, praxisnah vertieft.

Kernstück der Schulung ist ein Soll-Ist-Vergleich der Hygiene in der eigenen Praxis. Die Hygieneschulung erfüllt die Kriterien der jährlichen Unterweisung nach §4 DGUV Vorschrift 1.

Inhalt:

- Infektionsprävention
- rechtliche Bestimmungen und Vorschriften
- Desinfektionsmittel und deren Wirksamkeit
- Einstufung von Medizinprodukten
- Aufbereitung von Instrumenten (Hygienekette)
- Soll-Ist-Vergleich nach dem Desinfektions- u. Reinigungsplan
- inkl. RKI-Broschüre und Probenet für jede Praxis

Wir freuen uns auf Ihre Anmeldung!

Jeder Teilnehmer erhält ein Zertifikat.

Bitte nutzen Sie zur Anmeldung die Faxantwort auf der Rückseite!

JETZT
anmelden!

Fax: 03529 / 5 74 65 68
E-Mail: c.rummler@kloess-dental.de

Seminarthema:

Schulung Praxishygiene

Donnerstag, 23. März 2023 • 14:00 Uhr – 17:00 Uhr
Donnerstag, 16. November 2023 • 14:00 Uhr – 17:00 Uhr

Veranstaltungsort

C. Klöss Dental
GmbH & Co. Betriebs KG
Pirnaer Straße 32 A
01809 Heidenau

Information

Carolin Rummler
Vertrieb / Seminarorganisation
C. Klöss Dental GmbH & Co. Betriebs KG
Tel: 03529 - 52 34 50
c.rummler@kloess-dental.de

Anmeldung

Ich melde mich/uns hiermit verbindlich für das oben genannte Seminar an.

- Donnerstag, 23. März 2023
 Donnerstag, 16. November 2023

Ich/wir nehme/n mit _____ Personen teil.

Teilnehmer

Bitte ankreuzen:

B = Behandler/-in, **AZA** = Assistenz Zahnarzt/-ärztin, **ZFA** = Zahnmedizinische Fachangestellte

	B	AZA	ZFA
Name, Vorname: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Name, Vorname: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Name, Vorname: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Name, Vorname: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Teilnahmegebühr

Die Teilnahmegebühr beträgt 99,00 €/Person, inkl. Zertifikat und Verpflegung

* Alle angegebenen Preise verstehen sich zzgl. MwSt.

Praxisanschrift /Praxisstempel

Name: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Tel.: _____

E-Mail: _____

Ort, Datum

Unterschrift