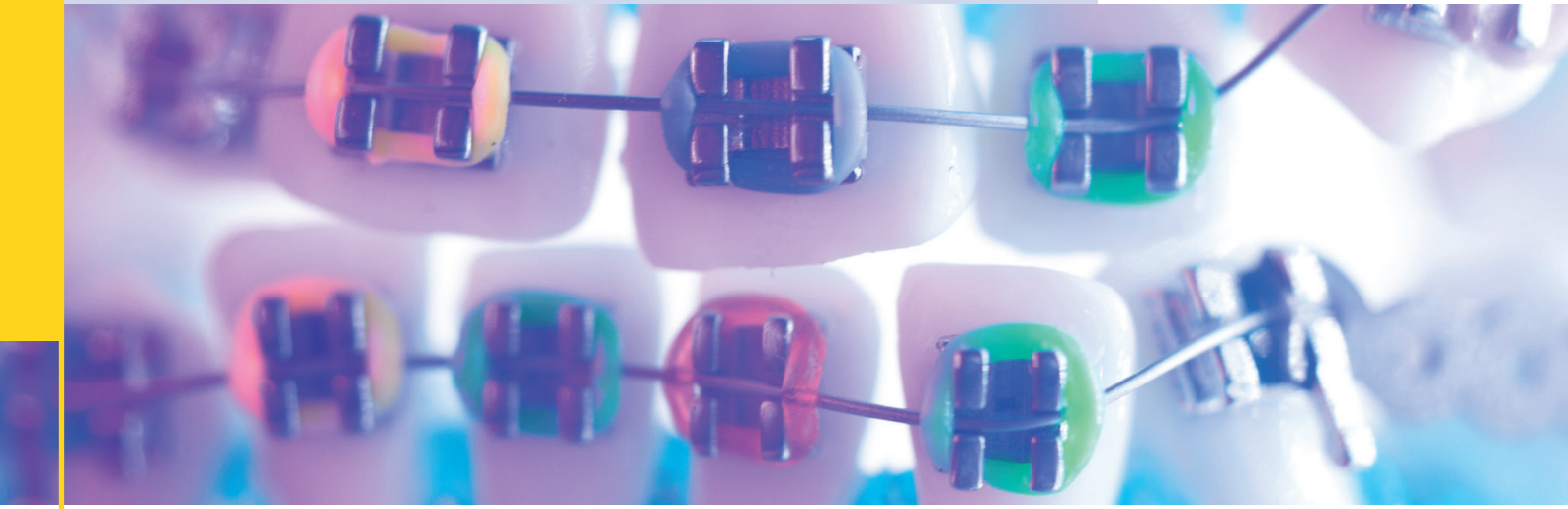
# Kieferorthopädische Assistenz

## Fortbildung für ZFA nach der Fortbildungsordnung der Bayerischen Landeszahnärztekammer



Diese Anpassungsfortbildung für Zahnmedizinische Fachangestellte (ZFA) vermittelt Ihnen fundiertes Fachwissen für die Assistenz in einer kieferorthopädischen oder kieferorthopädisch tätigen Praxis. Dabei wird auch der Zusammenhang zwischen privatrechtlichen und gesetzlichen Leistungen thematisiert. Der Unterricht wird in zwei Blöcken zu je drei Tagen durchgeführt. Theoretische Grundlagen werden in praktischen Kurseinheiten vertieft und geübt.

### Theorie

- Gesetzliche Grundlagen der Assistenz und Delegation
- Kieferorthopädische Krankheitsbilder und Behandlungsmaßnahmen
- Planung und Durchführung einer kieferorthopädischen Behandlung
- Arbeitssicherheit und Patientenschutz, gesundheitliche Aspekte
- Abrechnung und Aufklärung

### Praktische Übungen

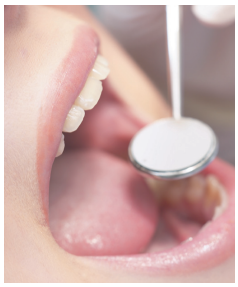
- Mithilfe bei der Erstellung diagnostischer Planungsunterlagen
- Assistenz bei kieferorthopädischen Präventivmaßnahmen
- Assistenz bei der Behandlung mit festsitzenden Apparaturen
- Spezielle kieferorthopädische Individualprophylaxe

### Zulassungsvoraussetzungen / Anmeldeunterlagen

- Erfolgreich abgelegte Abschlussprüfung zur ZFA
  Nachweis: Urkunde oder Prüfungszeugnis ZFA in Kopie
- Röntgenbefähigung: Kenntnisnachweis gemäß § 74 Abs. 2 StrlSchG i.v.m. § 49 Abs. 1 Nr. 3 StrlSchV
- Grundkenntnisse in der KFO-Behandlung (Praxis sollte kieferorthopädisch behandeln)

**Bitte beachten Sie:** Bei der Anmeldung sind die erforderlichen Anmeldeunterlagen bzw. Zulassungsvoraussetzungen beizufügen!

**Wichtiger Hinweis:** Die Kursplätze werden nach Eingangsdatum vergeben, **Ihre Anmeldung ist nur verbindlich, wenn die Anmeldeunterlagen vollständig bei uns eingetroffen sind**. Schriftliche und praktische **Leistungskontrollen** sind Bestandteil der Fortbildung. Daran teilnehmende Kursbesucher/-innen erhalten bei Erreichung der Mindestpunktzahl ein Zertifikat über die erfolgreiche Teilnahme. Die erfolgreiche Teilnahme weist Sie für diesen Themenbereich als **„Fortgebildete ZFA“** aus.



**Nähere Informationen**
eazf GmbH
Anpassungsfortbildungen
Jadranka Rosin
Tel.: 089 230211434
jrosin@eazf.de
Fallstraße 34
81369 München

**Dauer:** 60 Stunden (6 Kurstage)
**Kursgebühr:** 995,– Euro
zzgl. Materialliste
**Teilnehmerzahl:** 16

**Kursorte:**
München, Nürnberg und Regensburg

UKR
Universitätsklinikum Regensburg

**eazf GmbH**
Fallstraße 34
81369 München
www.eazf.de
Tel.: 089 230211434
Fax: 089 230211404
E-Mail: info@eazf.de

Fax: 089 - 230211404 Website: www.eazf.de

# Kursanmeldung

**Hiermit melde ich mich verbindlich zu nachfolgendem Kurs „Kieferorthopädische Assistenz“ an (bitte ankreuzen):**

☐ **Kurs-Nr. 34601 (München)**
Block A: 02.04. bis 04.04.2024
Block B: 08.04. bis 10.04.2024
jeweils 09.00 – 17.00 Uhr
Kursgebühr: € 995,00 zzgl. Materialliste
Kursort: eazf GmbH, Fallstr. 34, 81369 München

**Hinweis:**
Die zu den Kursen erforderlichen Materialien müssen den Teilnehmern **von der Praxis zur Verfügung gestellt werden**!

☐ **Kurs-Nr. 34701 (Nürnberg)**
Block A: 01.07. bis 03.07.2024
Block B: 08.07. bis 10.07.2024
jeweils 09.00 – 17.00 Uhr
Kursgebühr: € 995,00 zzgl. Materialliste
Kursort: eazf GmbH, Laufertorgraben 10, 90489 Nürnberg

☐ **Kurs-Nr. 34801 (Regensburg)**
Block A: 07.10. bis 09.10.2024
Block B: 14.10. bis 16.10.2024
jeweils 09.00 – 17.00 Uhr
Kursgebühr: € 995,00 zzgl. Materialliste
Kursort: Poliklinik für Kieferorthopädie,
Franz-Josef-Strauß-Allee 11, 90053 Regensburg

**Bitte bei Anmeldung die erforderlichen Unterlagen beifügen!**

**In Kooperation mit:**
**Poliklinik für Kieferorthopädie**
**Prof. Dr. Dr. Peter Proff**
**Universitätsklinikum Regensburg**

UKR Universitätsklinikum Regensburg

**Teilnehmer/in** (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Name/Vorname

Straße

PLZ/Ort

Telefon

E-Mail

**Hinweis:** Mit der Angabe meiner E-Mail-Adresse erkläre ich mich einverstanden, dass die eazf GmbH diese verwenden darf, soweit es sich um Kommunikation im Zusammenhang mit Kursbuchungen (z. B. Anmeldebestätigungen, Informationen zum Kurs, Rechnungen) handelt. Mir ist bekannt, dass ich dieses Einverständnis jederzeit mit einer Mitteilung in Textform gegenüber der eazf GmbH widerrufen kann.

Rechnungsadresse: ☐ Praxisanschrift ☐ Privatanschrift

Name/Vorname

Straße

PLZ/Ort

Telefon

Fax

E-Mail

## Zahlung der Kursgebühr

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats: Ich ermächtige die eazf GmbH, Kursgebühren von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der eazf GmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Die Abbuchung erfolgt gemäß den AGB der eazf GmbH sowie den Vereinbarungen gemäß der Rechnungsstellung.

☐ Praxiskonto ☐ Privatkonto

Kontoinhaber _____

Kreditinstitut _____

IBAN DE __ __ ____ ____ ____ ____ ____ __

BIC _____

**Gläubiger-ID:** DE96ZZZ00000400015

**Mandatsreferenz:**
Erhalt mit der Vorankündigung zum SEPA-Einzug (Pre-Notification).

**Hinweis:**
Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Mit meinen Unterschriften melde ich mich verbindlich zu o.g. Fortbildung an. Die aktuellen Geschäftsbedingungen der eazf GmbH sind mir bekannt, mit ihrer Geltung bin ich einverstanden.

| Datum | Unterschrift für Kursanmeldung | Unterschrift von Kontoinhaber/-in bzw. Bevollmächtigter für SEPA-Lastschriftmandat |
|---|---|---|