

Ihre Unterlagen zum Postgradualen Qualifizierungsprogramm



Zahnärztliche Lehrpraxen im Rahmen des Programms „Fit-for-Future“ für das „Postgraduale Qualifizierungsprogramm“ gesucht

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

bereits in der Vergangenheit hat die Landes Zahnärztekammer Hessen im Rahmen ihres Fit-for-Future-Programms immer wieder darauf hingewiesen, dass eine strukturierte Vertiefung der universitären Ausbildungsinhalte für die eigenverantwortliche Tätigkeit in einer freiberuflichen zahnärztlichen Praxis erforderlich ist. Durch die COVID-19-Pandemie hat sich diese Problematik durch die reduzierten Patientenbehandlungen noch erheblich verschärft. Weiterhin müssen unseren Berufseinsteigern Kenntnisse für das erfolgreiche Führen einer zahnärztlichen Praxis unter den heutigen Anforderungen vermittelt werden.

Die Landes Zahnärztekammer Hessen hat daher im Rahmen ihres Programms „Fit-for-Future“ in Zusammenarbeit mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Hessen und unter Beratung mit dem Zahnärztlichen Universitäts-Institut Carolinum gGmbH in Frankfurt das Postgraduale Qualifizierungsprogramm entwickelt. Im Rahmen dieses Programms sollen in Hessen zahnärztliche Lehrpraxen Berufseinsteigern ein allgemein zahnärztlich ausgerichtetes, praxisorientiertes Lehrprogramm vermitteln. Verteilt über die zwei Jahre der Vorbereitungszeit durchlaufen alle teilnehmenden Assistentinnen und Assistenten daneben ein 14-tägiges **verpflichtendes Fortbildungsprogramm**.

Die Landes Zahnärztekammer Hessen und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen **suchen im Rahmen dieses Programms nun geeignete Lehrpraxen**. Als teilnehmende Praxis haben Sie die Möglichkeit, Ihre Tätigkeit als Lehrpraxis durch ein **attraktives Siegel** (siehe Anlage 1) öffentlich anzukündigen sowie erste Erfahrungen für eine mögliche spätere Bewerbung als Famulaturpraxis im Rahmen der neuen Approbationsordnung Zahnärzte (AOZ) zu sammeln.

Die Voraussetzungen zur Akkreditierung Ihrer Praxis als Lehrpraxis bzw. für den Erhalt des Siegels in Kürze:

1. Sie sind persönlich nieder- und vertragszahnärztlich zugelassen/in Praxis oder MVZ angestellt.
2. Sie sind eine **typische allgemein zahnärztliche** Praxis ohne einseitige Praxisausrichtung und verfügen über die berufsrechtliche wie vertragszahnärztliche persönliche Eignung.
3. Sie beschäftigen gegenwärtig eine Vorbereitungsassistentin/einen Vorbereitungsassistenten oder beabsichtigen in Kürze eine Einstellung (empfohlener Musterarbeitsvertrag siehe www.kzvh.de).

Bitte beachten: Analog zu den Assistenten- und Vertreterrichtlinien der KZVH darf auch bei diesem Programm jedem Vertragszahnarzt sowie angestellten Zahnarzt nur je ein Vorbereitungsassistent/eine Vorbereitungsassistentin zur Beschäftigung – hier Betreuung und Anleitung – zugeordnet werden!

...

4. Zum Vorbereitungsassistenten-Arbeitsvertrag wird die **anliegende Ergänzung „Postgraduales Qualifizierungsprogramm“** vereinbart (Anlage 2). Diese sieht eine Freistellung von 14 Tagen in den 2 Jahren Vorbereitungszeit für die Teilnahme Ihres/Ihrer (zukünftigen) Assistenten/Assistentin an der Fortbildungsreihe des Qualifizierungsprogramms vor.
5. Im zeitlichen Umfang von 12 Tagen (entspricht 96 Stunden in 2 Jahren) verpflichtet sich die/der antragstellende, persönlich nieder- und vertragszahnärztlich zugelassene/in Praxis oder MVZ angestellte Zahnärztin/Zahnarzt, die/den Vorbereitungsassistentin/-assistenten unter ihrer/seiner persönlichen Aufsicht in typischen allgemeinzahnärztlichen Behandlungen anzuleiten und dies zu dokumentieren.

Im Sinne unserer jungen Kolleginnen und Kollegen würden wir uns sehr über Ihre Bereitschaft freuen, an unserem Projekt Postgraduale Qualifizierung teilzunehmen. **Sofern Sie Interesse haben, melden Sie sich bitte mit beiliegendem Antrag (s. Anlage 3) auf Akkreditierung als Lehrpraxis an.**

Sie erhalten dann von der LZKH bei Vorliegen aller Voraussetzungen eine Bestätigung.

Mit besten Grüßen von Ihrer Landes Zahnärztekammer Hessen



Dr. Doris Seitz

Präsidentin der Landes Zahnärztekammer Hessen

Anlagen

- 1 Siegel „Akkreditierte Lehrpraxis“
- 2 Ergänzungsvereinbarung zum Arbeitsvertrag Vorbereitungsassistent/-in
- 3 Antrag auf Akkreditierung als Lehrpraxis
- 4 Dokumentationsheft Fit for Future: Postgraduales Qualifizierungsprogramm
- 5 Information zum Postgradualen Fortbildungsprogramm, Urkunde Postgraduales Qualifizierungsprogramm, Übersicht der E-Learning-/Präsenz-Seminare und Anmeldeformular zum Postgradualen Fortbildungsprogramm

Das Siegel für die Lehrpraxis



Ergänzungsvereinbarung „Postgraduales Qualifizierungsprogramm“

Zwischen Lehrpraxis

Vor-/Nachname _____ Herr Frau

Praxisanschrift _____

falls abweichend: Vor-/Nachname
betreuende/-r Zahnärztin/Zahnarzt _____ Herr Frau

und Assistent/Assistentin

Vor-/Nachname _____ Herr Frau

Wohnanschrift _____

wird zum _____ zwischen den vorgenannten Parteien abgeschlossenen Arbeitsvertrag

vom _____ folgende Ergänzung vereinbart:

1. Freistellung zur Teilnahme am Postgradualen Qualifizierungsprogramm

Der/die Vorbereitungsassistent/-in verpflichtet sich zur Teilnahme an der 14-tägigen Fortbildungsreihe „Postgraduales Qualifizierungsprogramm“ der Landeszahnärztekammer Hessen. Die Lehrpraxis stellt die/den Vorbereitungsassistentin/-assistenten für die Teilnahme an diesen 14 Fortbildungen während der Vorbereitungszeit frei.

2. Vermittlung praktischer zahnärztlicher Fertigkeiten

Die/der verantwortliche, persönlich nieder- und vertragszahnärztlich zugelassene/in Praxis oder MVZ angestellte Zahnärztin/Zahnarzt der Lehrpraxis verpflichtet sich, die/den Vorbereitungsassistentin/-assistenten bei der Vertiefung ihrer/seiner praktischen Fertigkeiten und Kenntnisse hinsichtlich der in der Praxis durchgeführten, typischen allgemeinärztlichen Tätigkeiten persönlich anzuleiten und zum Nachweis das von der Landeszahnärztekammer Hessen herausgegebene Dokumentationsheft „Postgraduales Qualifizierungsprogramm“ zu führen.

Bitte beachten: Analog zu den Assistenten- und Vertreterrichtlinien der KZVH darf auch bei diesem Programm jedem Vertragszahnarzt sowie angestellten Zahnarzt nur je ein Vorbereitungsassistent/eine Vorbereitungsassistentin zur Beschäftigung – hier Betreuung und Anleitung – zugeordnet werden!

Ort/Datum

Ort/Datum

Unterschrift Lehrpraxis

Unterschrift Assistent/Assistentin

Verpflichtender Bestandteil des Arbeitsvertrags

Anlage 2:

Ergänzungsvereinbarung zum Arbeitsvertrag Vorbereitungsassistent/Vorbereitungsassistentin



Dokumentationsheft

Fit for Future – Postgraduales Qualifizierungsprogramm

Bitte beachten:

- Das Dokumentationsheft dient dem Nachweis der in der Praxis gemeinsam mit dem/der Vorbereitungsassistenten/-assistentin absolvierten Behandlungs- und Besprechungszeit.
- Die dokumentierten Behandlungen sind am Patienten/an der Patientin und unter persönlicher Anleitung der/des antragstellenden, persönlich nieder- und vertragszahnärztlich zugelassenen/in Praxis oder MVZ angestellten Zahnarztes (z. B. in Form von Behandlungsassistenz und/oder direkter Überwachung) durchzuführen.
- Über die gesamte Vorbereitungszeit von 2 Jahren ist ein Nachweis im Umfang von 12 Tagen/2 Jahren (entspricht 96 Stunden in 2 Jahren) zu führen. Hier sollen die gemeinsam am am Patienten/an der Patientin angeleiteten und durchgeführten Tätigkeiten sowie Planungsbesprechungen eingetragen werden. Der Nachweis ist von dem/der Vorbereitungsassistenten/-assistentin sowie von dem/der ausbildenden Zahnarzt/Zahnärztin zu unterzeichnen und auf Verlangen der LZKH vorzulegen.
- Sie dokumentieren nur die in Ihrer Praxis typischen allgemeinzahnärztlichen Tätigkeiten.

Folgendes Verzeichnis bildet einen Beispielkatalog* für typische allgemeinzahnärztliche Tätigkeiten zur Vertiefung der theoretischen und praktischen Kenntnisse und Fertigkeiten der Vorbereitungsassistenten/-assistentinnen ab.

* Der Beispielkatalog erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Eine Gesellschaft der Landeszahnärztekammer Hessen K.d.ö.R.
Rhonestraße 4 · 60528 Frankfurt am Main

Leistungsübersicht

Nr.	Gemeinsame am am Patienten/an der Patientin anzuleitende und durchzuführende Tätigkeiten
Praxisorganisation	
1	Behandlungsdokumentation
	Patientenberatung
	Patientenaufklärung
	Qualitätsmanagement
Abrechnung	
2	BEMA
	GOZ
Therapieplanung (ggf. interdisziplinär) für	
3	prothetische
	implantologische
	chirurgische
	endodontologische
	konservative
	funktionstherapeutische
	und/oder kombinierte Behandlungsfälle
Anfertigung und Befundung von Röntgenbildern	
4	prothetische
	implantologische
	chirurgische
	endodontologische
	konservative
	funktionstherapeutische
	und/oder kombinierte Behandlungsfälle
Chirurgische Leistungen	
5	Osteotomie
6	Extraktion
7	MAV
8	Implantation
9	Freilegung
Konservative Leistungen	
10	Füllungen
	Frontzahn
	Seitenzahn
11	CP
12	Präparation Inlay
13	Abformung Inlay
14	Eingliederung Inlay
Endodontologische Leistungen	
15	Trepanation
16	Vitalextripation
17	Maschinelle Aufbereitung
	einwurzlig
	mehrwurzlig
18	Manuelle Aufbereitung
	einwurzlig
	mehrwurzlig
19	Medikamenteneinlage

Nr.	Gemeinsame am am Patienten/an der Patientin anzuleitende und durchzuführende Tätigkeiten
20	Wurzelkanalfüllung
	einwurzlig
	mehrwurzlig
Kinderzahnheilkunde	
21	Füllungen
22	CP
23	Stahlkronen
24	MIH-Therapie
25	Endodontologische Behandlungen bei Milchzähnen
26	FU
27	Individualprophylaxe
28	Elternberatung
Prothetische Leistungen	
29	Präparationen für
	Kronen
	Brücken
	Teleskopprothesen
Kombiniert festsitzend-herausnehmbarer ZE	
30	(digitale) Abformungen für
	Kronen
	Brücken
	Teleskopprothesen
	Kombiniert festsitzend-herausnehmbarer ZE
Schienen	
inkl. Implantatgetragener ZE	
31	Anfertigung von Werkstücken
	Kronen
	Brücken
	inkl. Implantatgetragener ZE
32	Eingliederung von
	Kronen
	Brücken
	Teleskopprothesen
	Kombiniert festsitzend-herausnehmbarer ZE
Schienen	
inkl. Implantatgetragener ZE	
Parodontologische Leistungen	
33	PAR-Status
34	Mikrobielle Probeentnahme
35	PAR-Behandlung geschlossen
36	PAR-Behandlung offen
38	Regenerative PAR-Therapie
CMD	
38	Funktionsanalyse
39	Schientherapie

Nachweis der vier Pflichtgebiete, inkl. Ausfüllmuster

Kopiervorlage

Nachweisblatt der von Frau/Herrn _____ durchgeführten Tätigkeiten

Monat der Vorbereitungszeit	Pflichtgebiete (siehe Beispielkatalog)	Gemeinsam am am Patienten/an der Patientin angeleitete und durchgeführte Tätigkeiten, gemeinsame Therapieplanungen und Besprechungen, Zeitumfang	Zeitumfang	Unterschrift Vorbereitungsassistent/-in	Unterschrift ausbildende/-r Zahnärztin/-arzt
	Praxisorganisation				
Juni 2021 Oktober 2021 Januar 2022	Abrechnung	Grundlagen Abrechnung BEMA Grundlagen Abrechnung GOZ Weiterführende Abrechnung GOZ	2 2 2		
	Therapieplanung				
	Röntgen				
					<p>Gesamter Zeitumfang: Der gesamte Zeitumfang sollte min. 12 Tage/2 Jahren, entsprechend 96 Stunden/2 Jahren = 4 Stunden/Monat betragen</p>

Nachweis der in Ihrer Praxis typischen allgemein Zahnärztlichen Tätigkeiten

Kopiervorlage

Nachweisblatt der von Frau/Herrn _____ durchgeführten Tätigkeiten

Monat der Vorbereitungszeit	Pflichtgebiete (siehe Beispielkatalog)	Gemeinsam am am Patienten/an der Patientin angeleitete und durchgeführte Tätigkeiten, gemeinsame Therapieplanungen und Besprechungen, Zeitumfang	Zeitumfang	Unterschrift Vorbereitungsassistent/-in	Unterschrift ausbildende/-r Zahnärztin/-arzt
					<p style="text-align: center;">Gesamter Zeitumfang: Der gesamte Zeitumfang sollte min. 12 Tage/2 Jahren, entsprechend 96 Stunden/2 Jahren = 4 Stunden/Monat betragen</p>

Antrag auf Akkreditierung als Lehrpraxis „Postgradualen Qualifizierungsprogramms“

Die Landeszahnärztekammer Hessen K.d.ö.R. akkreditiert im Rahmen des „Postgradualen Qualifizierungsprogramms“ allgemeinärztlich ausgerichtete Lehrpraxen für zahnärztliche Vorbereitungsassistenten/-assistentinnen. Neben der berufsrechtlichen wie vertragszahnrechtlichen persönlichen Eignung wird diese Akkreditierung an qualitätssichernde Voraussetzungen gebunden.

Ich,

Vor-/Nachname _____ Herr Frau

Praxisanschrift _____

Telefon/E-Mail _____

beantrage die Akkreditierung als Lehrpraxis im Rahmen des „Postgradualen Qualifizierungsprogramms“ und bestätige mit meiner Unterschrift folgende in meiner Person/Praxis vorliegenden Voraussetzungen:

1. Ich bin persönlich nieder- und vertragszahnärztlich zugelassen/in Praxis oder MVZ angestellt.
2. Die Praxis/das MVZ ist eine/ein typische/-s allgemeinärztliche/-s Praxis/MVZ ohne einseitige Praxisausrichtung mit mindestens dreijähriger vertragszahnärztlicher Zulassung.
3. Ich beschäftige eine/-n Vorbereitungsassistentin/-assistenten oder beabsichtige in Kürze, eine solche Einstellung (empfohlener Musterarbeitsvertrag siehe www.kzv.de) vorzunehmen.

Bitte beachten: Analog zu Assistenten- und Vertreterrichtlinien der KZVH darf auch bei diesem Programm jedem Vertragszahnarzt sowie angestellten Zahnarzt nur je ein Vorbereitungsassistent zur Beschäftigung – hier Betreuung und Anleitung – zugeordnet werden!

4. Ich versichere, dass ich zu diesem Arbeitsvertrag die „Ergänzungsvereinbarung Postgraduales Qualifizierungsprogramm“ abschließen werde. Meine/-n Vorbereitungsassistentin/-assistenten werde ich zu dem Besuch des begleitenden Fortbildungsprogramms anweisen und entsprechend von der Arbeit freistellen (2 Tage/in zwei Jahren).
5. Im zeitlichen Umfang von 12 Tagen/2 Jahren (entspricht 96 Stunden in 2 Jahren = 4 Stunden/Monat) werde ich die/den Vorbereitungsassistentin/-assistenten unter meiner persönlichen Aufsicht in die typischen allgemeinärztlichen Behandlungen einweisen, zur entsprechenden Dokumentation das „Dokumentationsheft Postgraduales Qualifizierungsprogramm“ führen und dieses auf Anforderung der LZKH zu Evaluationszwecken zur Verfügung stellen. Über den Lernfortschritt sowie weiterführende fachliche Vertiefungsmöglichkeiten werde ich mit der/dem Vorbereitungsassistentin/-assistenten regelmäßige Fachgespräche führen.
6. Das Führen des Siegels ist bis zu dem auf dem Siegel ersichtlichen Gültigkeitsdatum beschränkt. Nach vier Jahren muss das Siegel unter Nachweis der entsprechenden Voraussetzungen erneut beantragt werden. Mir ist bewusst, dass die LZKH das vergebene Siegel bei Nichteinhaltung der zu seiner Vergabe führenden Voraussetzungen wieder entziehen kann.

7. Im Rahmen meiner Teilnahme am Projekt für Postgraduale Qualifizierung willige ich in den gegenseitigen, programmbezogenen Datenaustausch der Landes Zahnärztekammer Hessen mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Hessen sowie der FAZH-GmbH ein und stimme der Veröffentlichung meiner Praxisanschrift im Lehrpraxisverzeichnis der LZKH zu.
8. Ich und mein/meine Vorbereitungsassistent/-in willigen der Teilnahme an den projektbegleitenden Evaluationen ein. Die zu erfüllenden Voraussetzungen zur Teilnahme prüft die LZKH/FAZH. Sollte ich für die Befragung ausgewählt werden, werde ich gesondert informiert.

Ort/Datum

Unterschrift

Praxisstempel



Fax an die Landes Zahnärztekammer Hessen 069 427275-105

Fit for Future – Postgraduales Qualifizierungsprogramm

Information zur Teilnahme am Postgradualen Fortbildungsprogramm

Sehr geehrte Vorbereitungsassistentin/sehr geehrter Vorbereitungsassistent,

um am Postgradualen Qualifizierungsprogramm der LZKH und der KZVH teilzunehmen, müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Sie haben Ihre Vorbereitungszeit bereits begonnen oder beginnen sie in Kürze
- Die Anstellung besteht in einer „Akkreditierten Lehrpraxis Postgraduale Qualifizierung“
- Die Ergänzungsvereinbarung „Postgradualen Qualifizierungsprogramm“ wurde von Ihnen und der Lehrpraxis unterzeichnet

Aufbau des Fortbildungsprogramms:

- 10 E-Learning-Seminare auf der FAZH-Lernplattform, inklusive digitaler Handouts zum Ausdrucken und Nachlesen:
Durch Ihren persönlichen Zugang zur Lernplattform ist der Einstieg zu jeder Zeit möglich
- 4 Präsenzkurstage:
Über die Termine informieren wir Sie rechtzeitig
- Nach der Teilnahme an allen 14 E-Learning-/Präsenz-Seminaren sowie dem Nachweis der Dokumentation (Dokumentationsheft) erhalten Sie die personalisierte Urkunde „Postgraduales Qualifizierungsprogramm der LZKH K.d.ö.R.“

Und so nehmen Sie teil:

1. Die Teilnahme am gesamten Postgradualen Fortbildungsprogramm sowie das Führen des Dokumentationsheftes sind verpflichtend.
 - Bitte füllen Sie das Anmeldeformular vollständig aus und senden Sie es an die FAZH GmbH (s. Anmeldeformular).
2. Sobald Ihre Anmeldung bei uns eingegangen ist, erhalten Sie eine Eingangsbestätigung per E-Mail.
3. Im Anschluss erhalten Sie den Zugang zu unserer E-Learning-Plattform. Ihre Zugangsdaten sowie alle nötigen Infos zur Nutzung erhalten Sie im Vorfeld per E-Mail.
4. Beim Nachweis der Teilnahme an allen 14 postgradualen Fortbildungskursen sowie dem Nachweis der Dokumentation (Dokumentationsheft) wird Ihnen Ihre Urkunde an die auf dem Anmeldeformular angegebene Anschrift gesendet.

...

Anlage 5:

Information zum Postgradualen Fortbildungsprogramm, Urkunde Postgraduales Qualifizierungsprogramm, Übersicht der E-Learning-/Präsenz-Seminare und Anmeldeformular zum Postgradualen Fortbildungsprogramm

Bitte beachten Sie, dass die vier Präsenzkurstage nicht auf die „klassischen“ Fortbildungstage (Mittwoch, Freitag und Samstag) beschränkt sind, sondern an allen Wochentagen durchgeführt werden können.

Die Veranstaltungsorte der Präsenzkurstage werden Ihnen frühzeitig mitgeteilt oder entnehmen Sie sie bitte der Kursübersicht.

Für Ihre Fragen steht Ihnen Frau Carina Schalk unter 069 427275-510 gerne zur Verfügung.

Wir würden uns sehr freuen, wenn wir Sie als Teilnehmer/-in am Postgradualen Qualifizierungsprogramm begrüßen dürfen!

Herzliche Grüße

Ihr Team der FAZH GmbH

Frau Dr. Maxima Mustermann
hat das
**Postgraduale
Qualifizierungsprogramm**

der Landeszahnärztekammer Hessen K.d.ö.R.
erfolgreich abgeschlossen



Frankfurt am Main, den



Dr. Doris Selz
Präsidentin der
Landeszahnärztekammer Hessen



Fit for Future: Postgraduales Qualifizierungsprogramm – Pflichtveranstaltungen

Tag	Themen	Referenten/ Referentinnen	Seminarformat	Fortbildungspunkte
Tag 1	Vorstellung der LZKH inkl. Führung Vorstellung der KZVH als Institution im Gesundheitswesen GBA und Richtlinien Vergütung und HVM Gutachterwesen Sachlich-rechnerische Berichtigung	Muzafar Bajwa MSc KZV Hessen	Präsenz	8
Tag 2	Zahnmedizin trifft Medizin: Multimorbidität, Multimedikation, Geriatrie und die Risiken vorerkrankter Patientinnen und Patienten	Dr. Gerd Appel	Online Lernplattform der FAZH	6
Tag 3	Entscheidungs-, Planungs- und Komplikationstraining anhand komplexer Patientenfälle: Wenn Chirurgie/Implantologie, Parodontologie und Prothetik zusammentreffen	Dr. Ingmar Nick	Online Lernplattform der FAZH	6
Tag 4	Alterszahnheilkunde: Präventionsschulung, organisatorische Aspekte, mobile Ausstattung, Therapiekonzepte, SGBV/XI § 22 a, Pflegegrade, Behindertenausweis, Eingliederungshilfe, Aspiration	Dr. Elmar Ludwig	Online Lernplattform der FAZH	6
Tag 5	Digitale Praxisverwaltung/EDV	Sandra Kläber	Online Lernplattform der FAZH	6
Tag 6	Hygiene in der Zahnarztpraxis Demonstration an der Aufbewahrungskette	Doreen Clausen	Online Lernplattform der FAZH	6
Tag 7	ZQMS: Praxisführung und Verwaltung Teil I Qualitätsmanagement Arbeitssicherheit Arbeitsrecht	Silke Lehmann-Binder Martin Dennis Boost	Online Lernplattform der FAZH	6
Tag 8	ZQMS: Praxisführung und Verwaltung Teil II Patientenkommunikation Teamkommunikation Personalakquise	Stefanie Kurzschinkel	Online Lernplattform der FAZH	6
Tag 9	Simulatives Notfalltraining FINEST	Prof. Dr. Miriam Rüsseler und Kolleginnen/Kollegen	Präsenz FINEST, Uniklinik Frankfurt	10

Tag	Themen	Referenten/ Referentinnen	Seminarformat	Fortbildungs punkte
Tag 10	Anwendungen Telematik und IT-Sicherheit Vorbereitungszeit und Zulassung Qualitätsprüfung und Qualitätsförderung Wirtschaftlichkeitsprüfung	KZV Hessen	Präsenz	8
Tag 11	Verordnung von Arznei- und Heilmitteln Abrechnung: Einreichung, Zahlung und Abschläge KCH Prophylaxe Besuche Aufbissbehelfe und Trauma Parodontopathien Zahnersatz und Festzuschüsse	KZV Hessen	Präsenz	8
Tag 12	Existenzgründung Finanzbuchhaltung/Steuer/Grundlagen Kalkulation Existenzgründung Allgemeine Entwicklungen der Existenzgründung Risikomanagement Kreditmanagement Vermögensmanagement	Dipl. Kfm. Wolfgang Effertz Dipl.-Betriebsw. (FH) Detlev Westerfeld Jens Runkel	Online Lernplattform der FAZH	6
Tag 13	GOZ-Abrechnung	Stefanie Parth	Online Lernplattform der FAZH	6
Tag 14	ZFA richtig ausbilden Der Ausbildungsvertrag: Daten und Fakten rund um die Ausbildung Berufsschule und Praxis	Susanne Schorn ZA Michael Scheiblich	Online Lernplattform der FAZH	6

Anmeldung Postgraduales Qualifizierungsprogramm



Bitte in Druckbuchstaben ausgefüllt per Fax an 069 427275-194
oder per E-Mail an seminar@fazh.de

Vorbereitungsassistent/-in:

Herr Frau

Name _____

Vorname _____

Geburtsname _____

E-Mail (wichtig) _____

Straße, Haus-Nr. _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

Mobil _____

**Ausbildende/-r, persönlich nieder- und vertrags-
zahnärztlich zugelassene/-r/in Praxis oder MVZ
angestellte/-r Zahnärztin/Zahnarzt:**

Herr Frau

Name _____

Vorname _____

persönlich niedergelassen angestellt in Praxis/MVZ

Praxis _____

Praxisanschrift _____

Telefon _____ Mobil _____

E-Mail (wichtig) _____

Mit meiner Unterschrift erkenne ich folgende Vereinbarungen an:

Die vertragsgegenständliche Kursreihe zum Postgraduale Qualifizierungsprogramm umfasst zehn E-Learning-Seminare und vier Präsenzveranstaltungen. Die Anmeldung zum Postgradualen Qualifizierungsprogramm umfasst daher die gesamte Veranstaltungsreihe, eine Teilbuchung oder eine Kündigung während der Laufzeit des Programms ist nicht möglich, ebenso eine Rückerstattung/ein Entfallen der Zahlungspflicht für nicht besuchte Teile des Programms. Die Teilnahmegebühr beträgt 62,- Euro inkl. MwSt. je Kurstag. Es gelten die allgemeinen Geschäftsbedingungen der FAZH GmbH.

Ort, Datum _____

Unterschrift Kursteilnehmer/-in _____

Bitte buchen Sie die Teilnahmegebühr von folgendem Konto in einer Summe (868,- Euro inkl. MwSt.)
 in Raten (14x 62,- Euro inkl. MwSt.) ab:

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE55FZH00000556826; Mandatsreferenz: wird auf der Rechnung mitgeteilt

SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige die FAZH GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der FAZH GmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. 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.

Kreditinstitut (Name und BIC) _____

IBAN DE ____|____|____|____|____|____

Kontoinhaber/-in _____ Datum _____ Unterschrift Kontoinhaber _____

Praxisstempel

Die FAZH erhebt, verarbeitet und speichert die von Ihnen eingegebenen Daten ausschließlich zum Zwecke der Verarbeitung Ihrer Anmeldung und gemäß den Regelungen der DSGVO. Der Schutz Ihrer Daten ist uns sehr wichtig. Im Anhang finden Sie unsere Datenschutzerklärung.
Einwilligung:

Ich bestätige, dass ich die Datenschutzerklärung der FAZH gelesen und verstanden habe.

Eine Bearbeitung der Anmeldung ohne Ihre Einwilligung ist uns leider nicht möglich. Hierfür bitten wir um Ihr Verständnis.

Datenschutzerklärung

Fortbildungsakademie Zahnmedizin Hessen GmbH

Die Fortbildungsakademie Zahnmedizin Hessen GmbH, bietet Veranstaltungen und Kurse zu folgenden Bereichen an:

- der kursorischen zahnärztlichen Fortbildung
- der curricularen zahnärztlichen Fortbildung
- die Fort- und Weiterbildung von Praxismitarbeiter/-innen

Der Betrieb der Fortbildungsakademie Zahnmedizin Hessen GmbH und insbesondere die Abwicklung der Anmeldung zu Veranstaltungen und Kursen bedingen naturgemäß die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung bestimmter personenbezogener Daten. Wir legen höchsten Wert auf Datenschutz und Datensicherheit und beachten die jeweils einschlägigen Datenschutzbestimmungen.

1. Wer ist in der Fortbildungsgesellschaft für den Datenschutz verantwortlich und wer vertritt die Gesellschaft rechtlich?

In der Fortbildungsakademie Zahnmedizin Hessen GmbH ist für den Datenschutz die Geschäftsführerin Jennifer Schmidtberg, Telefon 069 427275-186, Telefax 069 427275-194, E-Mail schmidtberg@fazh.de verantwortlich und steht Ihnen bei Fragen zur Verfügung.

Jennifer Schmidtberg wird vertreten durch den stellvertretenden Geschäftsführer Jörg Ehlert, Telefon 069 427275-181, Telefax 069 427275-194, E-Mail ehler@fazh.de.

2. Wer ist in unserer Fortbildungsgesellschaft als Datenschutzbeauftragter bestellt?

Für die Fortbildungsakademie Zahnmedizin Hessen GmbH ist als Datenschutzbeauftragter Herr Dr. Jörg Kümmerlen, secopan GmbH, Am Schoenblick 14, 71229 Leonberg, E-Mail datenschutz@secopan.de, bestellt.

3. Welche personenbezogenen Daten erheben wir?

Ihre Daten werden dadurch erhoben, dass Sie uns diese mitteilen. Hierbei kann es sich z. B. um Daten handeln, die Sie in ein Anmeldeformular eingeben.

Folgende persönliche Daten verarbeiten wir:

- Anrede, Vor-, Nachname, Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort, Land, Geburtsort, Geburtsdatum
- Je nach gewählter Zahlungsart kommt es vor, dass Sie weitere Daten, insbesondere Konto- oder sonstige Zahlungsdaten, angeben müssen.

Neben den Pflichtangaben besteht zusätzlich die Möglichkeit, weitere Daten zu Ihrer Person anzugeben, z. B. Ihre Telefon- und/oder Faxnummer, um die Anmeldung einfacher zu handhaben oder Rückfragen zu ermöglichen.

Personen unter 18 Jahren sollten ohne Zustimmung der Eltern oder Erziehungsberechtigten keine personenbezogenen Daten an uns übermitteln. Wir fordern keine personenbezogenen Daten von Kindern und Jugendlichen an. Wissentlich sammeln wir solche Daten nicht und geben sie auch nicht an Dritte weiter. Eine Vorrichtung zum Schutz einer Übermittlung personenbezogener Daten durch Minderjährige besteht allerdings nicht.

4. Welchem Zweck dienen Ihre Daten und mit welcher Rechtfertigung dürfen wir diese nutzen? Wie lange werden die Daten gespeichert?

Die vorstehenden Daten verwendet die Fortbildungsakademie Zahnmedizin Hessen GmbH ausschließlich dazu, die Veranstaltung abzuwickeln und zum Zweck der Erfüllung von vertraglichen oder vorvertraglichen Maßnahmen (Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO). Ihre Daten benötigen wir, um die geschlossenen Verträge durchführen und erfüllen zu können. Wir nutzen die

Daten für die Ausführung, die Abwicklung der Zahlungen und alle weiteren im Rahmen der Vertragserfüllung notwendigen Handlungen.

Anfallende Daten löschen wir, nachdem die Speicherung nicht mehr erforderlich ist, oder schränken die Verarbeitung ein, falls gesetzliche Aufbewahrungspflichten bestehen (Rechtsgrundlage ist Art. 6 Abs. 1, S. 1 lit. b DSGVO).

5. Bild- und Tonmaterial

Auf Veranstaltungen erstellte Medien (insbesondere Bildmaterial) von Vorträgen, Workshops, Podiumsdiskussionen o. Ä. und den Teilnehmern dürfen zur Dokumentation von dem Veranstalter genutzt werden, jedoch nicht für kommerzielle Zwecke verwendet werden. Sollte ein Teilnehmer der Veranstaltung mit der Veröffentlichung persönlicher Medien nicht einverstanden sein, so hat er dies in Textform dem Veranstalter vor Veranstaltungsbeginn mitzuteilen.

6. Übermittlung von Bestands- und Inhaltsdaten an Dritte

Wir werden Ihre personenbezogenen Daten im Rahmen der mit Ihnen geschlossenen Verträge an Dritte übermitteln, soweit dies zur Erfüllung der Verträge erforderlich ist. Dies betrifft zum Beispiel Dienstleister für den Versand der Korrespondenz. Selbstverständlich werden die Dienstleister von der Fortbildungsakademie Zahnmedizin Hessen GmbH ihrerseits dazu verpflichtet, die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen einzuhalten.

Im Übrigen übermitteln wir Daten ausschließlich dann an Dritte, wenn und soweit

- es zur Durchführung der bestehenden Vertragsverhältnisse oder zur Durchsetzung uns zustehender Ansprüche notwendig ist,
- wir gesetzlich dazu verpflichtet werden oder durch ein Gericht entsprechend verpflichtet wurden und
- wenn es sich um Anfragen von behördlichen Organen, insbesondere Strafverfolgungs- und Aufsichtsbehörden, handelt, wenn und soweit dies zur Abwehr von Gefahren für die öffentliche Sicherheit und Ordnung sowie zur Verfolgung von Straftaten erforderlich ist.

7. Wo finde ich Informationen zur Datenverarbeitung der elektronischen Angebote der Fortbildungsakademie Zahnmedizin Hessen GmbH?

Die Datenschutzerklärung zu unserer Internetseite und unseren sonstigen elektronischen Informationsangeboten finden Sie unter „Datenschutzerklärung“ auf www.fazh.de.

8. Welche Rechte haben Sie im Zusammenhang mit dem Datenschutz?

Sie haben gegenüber uns folgende Rechte hinsichtlich der Sie betreffenden personenbezogenen Daten:

- Recht auf Auskunft,
- Recht auf Berichtigung oder Löschung,
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung,
- Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung,
- Recht auf Datenübertragbarkeit.

9. Wie können Sie sich ggf. beschweren?

Sie haben die Möglichkeit, sich über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns zu beschweren:

Hessischer Datenschutzbeauftragter, Herr Prof. Dr. Alexander Roßnagel, Postfach 31 63, 65021 Wiesbaden

