

Information:

Im Weiterbildungscurriculum Oralchirurgie werden theoretische und praktische Inhalte nach der Weiterbildungsordnung der Landeszahnärztekammer Hessen vom 06.12.2024 vermittelt.

Starttermin:	Mittwoch, 04.02.2026
Kurs Nr.:	10073-26001
Umfang:	41 Veranstaltungstage einschließlich DVT-Sach- und Fachkunde, sowie Laserfachkunde und einem Zertifikat zur Dentalen Sedierung mit Lachgas
Zeitraum:	24 Monate
Kursgebühr:	€ 618,00 inkl. 19% MwSt. pro Monat
Kursort:	FAZH GmbH, Rhonestraße 4, 60528 Frankfurt

Bitte beachten Sie:

Eine Teilnahme ist nur für Weiterbildungsassistenten/-innen möglich, die zum Zeitpunkt der Anmeldung eine Arbeitsstelle in einer ermächtigten Praxis in Hessen haben.

Die Platzvergabe richtet sich nach dem Eingangsdatum der Anmeldung!

Ihre Ansprechpartnerinnen:

Fortbildungsakademie Zahnmedizin Hessen

Bei organisatorischen Fragen zum Weiterbildungscurriculum

Carina Schalk
069 427275-510
schalk@fazh.de

Landeszahnärztekammer Hessen

Bei Fragen zur Weiterbildung

Kristina Lippmann
069 427275-123
lippmann@lzkh.de

Es gelten die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der FAZH GmbH.

Anmeldung Weiterbildungscurriculum Oralchirurgie 2026-2028

Bitte in Druckbuchstaben ausgefüllt
per Mail an schalk@fazh.de



Weiterbildungsassistent/-in:

Name	_____
Vorname	_____
Geburtsname	_____
Geburtsdatum	_____
Geburtsort	_____
Straße Haus-Nr.	_____
PLZ, Ort	_____
E-Mail	_____
Telefon	_____
Mobil	_____

Weiterbildungspraxis:

Name	_____
Straße, Haus-Nr.	_____
PLZ, Ort	_____
E-Mail	_____
Telefon	_____

Einwilligung zur Weitergabe von Bestands- und Inhaltsdaten an die Landes Zahnärztekammer Hessen

Mit meiner Anmeldung willige ich ein, dass meine im Rahmen der Veranstaltung erhobenen Bestandsdaten (z. B. Name, Adresse, Kontaktdaten) sowie Inhaltsdaten (z. B. Mitteilungen, eingereichte Unterlagen) zum Zwecke der Durchführung hoheitlicher Maßnahmen (z.B. Anerkennung/Prüfung von Tätigkeitsschwerpunkten, Weiterbildungsleistungen, ZFA-Aufstiegsfortbildungen) an die Landes Zahnärztekammer Hessen weitergegeben werden dürfen. Die Weitergabe erfolgt ausschließlich unter Beachtung der geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen.

☐ Ich bestätige, dass ich die Datenschutzerklärung (siehe Anlage) der FAZH gelesen und verstanden habe

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

Datum:

Unterschrift Weiterbildungsassistent/-in

Wird von der Weiterbildungsstelle der LZKH ausgefüllt!

Der/die o. g. Assistent/-in durchläuft eine Weiterbildung seit _____

Die Angaben zur Weiterbildungsstätte entsprechen unseren Informationen

☐ Ja ☐ Nein

Frankfurt, den

Unterschrift

Weiterbildungscurriculum Oralchirurgie 2026-2028



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.

Kontoinhaber:

Name _____

Straße, Haus-Nr. _____

PLZ, Ort _____

E-Mail _____

Telefon _____

Kreditinstitut (Name und BIC) _____

IBAN: D E _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass ich ohne die Erteilung der Abbuchungserlaubnis nicht am Weiterbildungscurriculum teilnehmen kann.

Datum _____ Unterschrift des Kontoinhabers _____

Die Gebühren werden **ab dem 01.02.2026 mit einer Monatsrate von € 618 inkl. MwSt.** über einen Zeitraum von 24 Monaten abgebucht. Die Abbuchungen erfolgen jeweils am 1. Tag jedes Kalendermonats. Die für Hands-on-Anteile erforderliche Instrumente und Materialien sind in der Teilnahmegebühr nicht enthalten und sind von den Teilnehmern selbst zu stellen.

Bestätigung der Weiterbildungspraxis

Hiermit bestätige ich

Frau/Herr: _____

Praxisanschrift: _____

als ermächtigte Zahnärztin bzw. ermächtigter Zahnarzt, dass ich im Rahmen der Weiterbildung Oralchirurgie

Frau/Herrn: _____

Anschrift: _____

als Weiterbildungsassistent/in beschäftige und einen Arbeitsvertrag vereinbart habe, in dem ich die Assistentin bzw. den Assistenten für die Zeiten der Teilnahme an diesem Curriculum in der Praxis freistelle.

Datum, Ort

Unterschrift

Datenschutzerklärung der 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 nach dem Bundesdatenschutz- und Telemediengesetz.

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 der Geschäftsführer Jörg Ehlert, Tel: 069 / 42 72 75 - 502, E-Mail: ehlert@fazh.de verantwortlich und steht Ihnen bei Fragen zur Verfügung.

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. Wesentlich 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 den Vertrag durchzuführen. Ihre Daten benötigt 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 verwendet 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:
Hessischen Datenschutzbeauftragter, Herr Prof. Dr. Michael Ronellenfitsch, Postfach 31 63, 65021 Wiesbaden