

Spezialkurs im Strahlenschutz für Zahnärzte

Handaufnahmen zur Skelettwachstumsbestimmung

Zahnärzte, die in Deutschland studiert haben, erwerben in der Regel ab 2006 (Eintritt der Richtlinie „Fachkunde und Kenntnisse im Strahlenschutz bei dem Betrieb von Röntgeneinrichtungen in der Medizin oder Zahnmedizin“) im Rahmen des zahnärztlichen Staatsexamen die Fachkunde in dem Anwendungsgebiet 1 der Tabelle 4.3.1 der Fachkunderichtlinie „Intraorale Röntgendiagnostik mit dentalen Tubusgeräten, Panoramaschichtaufnahmen, Fernröntgenaufnahmen des Schädels“. Die Fachkunde im Anwendungsgebiet „Handaufnahmen zur Skelettwachstumsbestimmung“ muss seitdem separat erworben werden.

Der Kurs richtet sich an Zahnärzte, die in der Praxis zusätzlich Röntgenaufnahmen im Rahmen der Fachkunde „Handaufnahmen zur Skelettwachstumsbestimmungen“ anfertigen wollen. Voraussetzung für die Teilnahme an diesem Kurs ist die bereits erworbene Sachkunde in diesem Anwendungsgebiet (z. B. während der Ausbildung zum Fachzahnarzt für Kieferorthopädie) und der Nachweis über 25 durchgeführte, dokumentierte Untersuchungen in einem Zeitraum von mindestens drei Monaten.

Eine Mustervorlage zur Bestätigung der erworbenen Sachkunde durch einen fachkundigen Zahnarzt erhalten Sie auf Anfrage.

- Spezielle zahnmedizinische Gerätekunde und Aufnahmetechnik
- Dosismessgrößen
- Strahlenschutzeinrichtungen
- Strahlenschutz des Personals
- Strahlenschutz des Patienten
- Indikation für spezielle Aufnahmetechniken
- Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle
- Praktische Übungen und Demonstrationen

Der Kurs wird entsprechend der Richtlinie Fachkunde und Kenntnisse im Strahlenschutz bei dem Betrieb von Röntgeneinrichtungen in der Medizin oder Zahnmedizin durchgeführt und dient zum Erwerb der Fachkunde im Anwendungsgebiet Handaufnahmen zur Skelettwachstumsbestimmung.

Folgende Voraussetzungen gelten für die Teilnahme am Kurs:

1. Zahnärztliche Approbation
2. Deutsche Fachkunde im Strahlenschutz in dem Anwendungsgebiet 1 der Fachkunderichtlinie „Intraorale Röntgendiagnostik mit dentalen Tubusgeräten, Panoramaschichtaufnahmen, Fernröntgenaufnahmen des Schädels“
3. Die Sachkunde in dem Anwendungsgebiet 3 „Handaufnahmen zur Skelettwachstumsbestimmung“ (25 durchgeführte und dokumentierte Untersuchungen) wurde durch einen in diesem Anwendungsgebiet fachkundigen Zahnarzt bescheinigt
4. Nachweis über die Fachkunde im Strahlenschutz in dem Anwendungsgebiet 3 des bescheinigenden Zahnarztes liegt vor



Bayerische
LandesZahnärzte
Kammer

Dozenten:

Prof. Dr. Peter Proff
PD Dr. Dr. Ulrich Wahlmann
Dr. Michael Rottner

Veranstaltungstermin:

Samstag, 11. Juli 2015
Universitätsklinikum
Regensburg
Franz-Josef-Strauß-Allee 11

Organisation/Anmeldung

eazf GmbH
Fallstr. 34, 81369 München
Tel.: 089 72480-246, Fax: -188
info@eazf.de – www.eazf.de



Europäische Akademie
für zahnärztliche
Fort- und Weiterbildung
der BLZK

Kursdauer: 09.00 – 17.00 Uhr
inkl. Prüfung

Kursgebühr: € 500,00

Fortbildungspunkte: 8

Kursanmeldung

Fax 089 72480188 oder unter www.eazf.de



Europäische Akademie
für zahnärztliche
Fort- und Weiterbildung
der BLZK

Hiermit melde ich mich verbindlich für den **Erwerb der Fachkunde 3 im Strahlenschutz** an:

Fachkunde 3 im Strahlenschutz

Röntgendiagnostik mit Handaufnahmen zur Skelettwachstumsbestimmung

Dozenten: Prof. Dr. Peter Proff, PD Dr. Dr. Ulrich Wahlmann, Dr. Michael Rottner

Kurs 55298, Universitätsklinikum, Franz-Josef-Strauß-Allee 11, 93053 Regensburg

Samstag, 11. Juli 2015

09.00 – 17.00 Uhr

Kursgebühr € 500,00

Teilnehmer/in (Vor- und Nachname in Druckbuchstaben)

Rechnungsadresse Praxisanschrift Privatanschrift

Name / Vorname: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon / Telefax: _____

E-Mail: _____

Zahlung der Kursgebühr

Überweisung: Ich werde die fälligen Kursgebühren nach Rechnungserhalt gemäß den Vereinbarungen der Rechnungsstellung rechtzeitig vor Kursbeginn per Überweisung bezahlen.

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/in _____

Kreditinstitut _____

IBAN _____

BIC _____

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 meiner/n Unterschrift/en melde ich mich verbindlich zu o.g. Kurs/en an und bestätige den von mir gewählten und oben gekennzeichneten Zahlungsweg. Die aktuellen Geschäftsbedingungen der eazf GmbH sind mir bekannt, mit ihrer Geltung bin ich einverstanden.

eazf GmbH
Fallstr. 34, 81369 München

Telefon 089 72480450
Telefax 089 72480188
E-Mail info@eazf.de
www.eazf.de

Gläubiger-ID
DE96ZZZ00000400015
Mandatsreferenz: Erhalt mit
der Vorankündigung zum
SEPA-Einzug (Pre-Notification).

Datum

Unterschrift und Praxisstempel
für Kursanmeldung

Unterschrift Kontoinhaber/in
bzw. Bevollmächtigte/r
für SEPA-Lastschriftmandat