

Dozent



Dr. Christian Öttl

Studium der Zahnmedizin,
Niederlassung in eigener Praxis

3-Tage-Kurs Zahnärzte

Teilnehmerzahl: 30
Kursgebühr: € 495,00
Fortbildungspunkte: 24

Röntgenkurs für Zahnärzte zum Erwerb der Fachkunde gem. § 74 Abs. 1 StrlSchG i. V. m. § 47 Abs. 1 StrlSchV

Auf Grundlage des Strahlenschutzgesetzes und der Strahlenschutzverordnung vermittelt der Kurs das theoretische und praktische Rüstzeug zur dentalen Röntgentätigkeit. Das Zertifikat ist bundesweit anerkannt.

- Geschichte der Röntgenologie
- Strahlenphysik
- Zahnärztliche Röntgengeräte
- Röntgenfilme
- Filmverarbeitung
- Aufnahmetechniken
- Strahlenschutz
- Strahlenschutzgesetz und Strahlenschutzverordnung
- Konstanzprüfung

Dieser Kurs richtet sich insbesondere an Zahnärzte, die die deutsche Fachkunde auf Grund ihrer bisherigen Tätigkeit im Ausland nicht besitzen.

Hinweis:

Die Teilnahmebescheinigung des Kurses ist bundesweit gültig. Für die Beantragung der Fachkundebescheinigung nach Besuch des Kurses, wenden Sie sich bitte an die für Sie jeweilig zuständige Stelle. In Bayern gemeldete Zahnärzte beantragen eine Fachkundebescheinigung im Strahlenschutz bei der Bayerischen Landes Zahnärztekammer. Informationen hierfür finden Sie unter www.blzk.de/fachkunde

Anmeldung:

Verwenden Sie für die Anmeldung zum Röntgenkurs für Zahnärzte zum Erwerb der Fachkunde gem. § 74 Abs. 1 StrlSchG i. V. m. § 47 Abs. 1 StrlSchV bitte das Anmeldeformular auf der nächsten Seite!

Kursort	Kursnummer	Datum	Uhrzeit
München	62070	Montag, 14.02.2022	09.00 – 17.00 Uhr
		Dienstag, 15.02.2022	09.00 – 17.00 Uhr
		Mittwoch, 16.02.2022	09.00 – 17.00 Uhr
München	62430	Montag, 24.10.2022	09.00 – 17.00 Uhr
		Dienstag, 25.10.2022	09.00 – 17.00 Uhr
		Mittwoch, 26.10.2022	09.00 – 17.00 Uhr

Kursanmeldung – Erwerb der Fachkunde im Strahlenschutz

Fax 089 230211406 oder unter www.eazf.de



Europäische Akademie
für zahnärztliche
Fort- und Weiterbildung
der BLZK

Hiermit melde ich mich verbindlich zu nachfolgender Fortbildung an:

Kursnummer

Kurstitel

**Röntgenkurs für Zahnärzte zum Erwerb der Fachkunde
gem. § 74 Abs. 1 StrlSchG i. V. m. § 47 Abs. 1 StrlSchV**

Teilnehmer/-in (Vor- und Nachname in Druckbuchstaben – Geburtsname, falls abweichend, angeben)

Angaben, die zur Teilnahme am Röntgenkurs für Zahnärzte zum Erwerb der Fachkunde gem. § 74 Abs. 1 StrlSchG i.v.m. § 47 Abs. 1 StrlSchV unbedingt erforderlich sind:

Liegt die Deutsche Approbation oder eine Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung der Zahnheilkunde nach § 13 ZHG vor? Ja Nein

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Die Anmeldung zur Fortbildung ist erst nach Vorliegen der erforderlichen Angaben möglich!

Rechnungsadresse

Praxisanschrift

Privatanschrift

Name / Vorname: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon / Telefax: _____

E-Mail: _____

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 DE _____

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

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.

eazf GmbH
Fallstr. 34, 81369 München

Telefon 089 230211400
Telefax 089 230211406
E-Mail info@eazf.de
www.eazf.de

Gläubiger-ID

DE96ZZ00000400015
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