



**Save The Date**  
**10. + 11.11.2023**

## **Kurs Hygienebeauftragte(r) in der Arzt-/Zahnarztpraxis**

Sehr geehrte Damen und Herren Doktoren,  
liebe Kolleginnen und Kollegen,

auch in diesem Jahr freuen wir uns, Ihnen unseren beliebten Kurs zur(m) Hygienebeauftragten anbieten zu können.

Sie haben erneut die Möglichkeit unseren sehr umfangreichen Kurs mit allen theoretischen Themen, aber auch den praktischen Vorgehensweisen und praxisnahen Übungen zur(m) „Hygienebeauftragten in der Arzt-/ Zahnarztpraxis“ inkl. Multiple Choice Abschlusstest und Prüfungszertifikat zu besuchen. Wir bieten Ihnen einen Kurs zur gesetzlich vorgeschriebenen periodischen Auffrischung der Sachkenntnis für „alte Hygienehasen“ an, der aber auch hervorragend für „Hygieneneulinge“ geeignet ist, die nach Ihrer Ausbildung Ihr Wissen rund um die Medizinprodukte-Aufbereitung und die infektionspräventiven Maßnahmen vertiefen möchten.

Wir freuen uns auf Sie!

Herzlichst, Ihre

Melanie Diwisch

### **Ein Auszug der geplanten Themen:**

#### **Freitag, 10.11.2023:**

- Richtlinien, Gesetze, Leitlinien
- MP-Betreiberverordnung und MP-Sicherheitsplanverordnung
- notwendige Grundlagen der Mikrobiologie
- behördliche Praxisbegehung, Ablauf und Schwerpunkte
- Struktur der Räumlichkeiten - virtueller Praxisrundgang
- Risikoklassifizierung
- Rechtssichere Prozessdokumentation

#### **Samstag, 11.11.2023:**

- RKI-konforme Aufbereitung der Medizinprodukte, Schwerpunkte u.a.:
- Übertragungsinstrumente
- Endo-Instrumente
- Praktische Übungen

**ANMELDUNG**



# MEDI.ZAHN

PRAXISMANAGEMENT

Hygienebeauftragte(r)  
in der Arzt-/Zahnarztpraxis

10. + 11.11.2023

Anmeldung bitte per Mail an:  
[fortbildung@medi-zahn.de](mailto:fortbildung@medi-zahn.de)

oder  
per Fax an

0322-21364164  
(PC Fax)

**Seminarort:** Haus Alsbach 8, 51766 Engelskirchen

**Zeiten:** jeweils 9.00 Uhr bis 16.00 Uhr

**Kosten:** 488 € zzgl. MwSt.  
Jede weitere Person derselben Praxis spart 15% (414,80 €)!  
*(die Preise verstehen sich zzgl. der gesetzlichen MwSt.)*

**Punkte:** 14 Fortbildungspunkte gemäß BZÄK/DGZMK

**Hiermit melden wir folgende Personen verbindlich zur Teilnahme an:**

\_\_\_\_\_

Titel

Vorname

Name

\_\_\_\_\_

Titel

Vorname

Name

\_\_\_\_\_

Titel

Vorname

Name

\_\_\_\_\_

Praxis

\_\_\_\_\_

Adresse

\_\_\_\_\_

Telefon / Telefax

\_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse

Ich melde mich und alle aufgeführten Teilnehmer zu der oben genannten Veranstaltung unter den Anmeldebedingungen ([www.medi-zahn.de/agb](http://www.medi-zahn.de/agb)) verbindlich an.

\_\_\_\_\_

Datum

Unterschrift

Praxisstempel