

# Praxisverwaltung

Kursteil III nach der Fortbildungsordnung der LZK Baden-Württemberg für Zahnmedizinische Fachangestellte (ZFA) zur Erlangung des fachkundlichen Nachweises (vormals nach § 28 bzw. § 27).

## KURSIHALT

### Abrechnungswesen

- BEMA–Gebührenregelungen anwenden, Be- und Abrechnung von Leistungen vornehmen
- Gesetzliche Bestimmungen der GOZ sowie deren Anwendungsbereiche umsetzen
- Vorschriften im Schnittstellenbereich von BEMA sowie GOZ und GOÄ anwendungsbezogen erkennen
- Zahntechnische Leistungen abrechnen

### Praxisorganisation

- Grundlagen der Begriffe Aufbau- und Ablauforganisation erläutern und auf das Arbeitsumfeld übertragen können
- Grundlagen der Dokumentation und Archivierung (z. B. von Vorgängen, Behandlungen) durchführen können
- Grundlagen von Termin- und Bestellsystemen kennen und anwenden können
- Eine Übersicht von Materialverwaltungssystemen vermittelt bekommen
- Materialverwaltungssysteme kennen und anwenden können

### Informations- und Kommunikationstechnologie

- Textverarbeitungssoftware:
  - Text- und Absatzformatierung durchführen können
  - Layoutkontrolle und Druck durchführen können
  - Grundlagen von automatisierten Text-Bausteinen und Formatvorlagen anwenden können
  - Grafiken zielorientiert einsetzen können
- Praxisbezogener Einsatz von Internet und Intranet:
  - Möglichkeiten und Risiken des Internetesinsatzes darstellen können
  - Das Internet berufsbezogen nutzen können (z. B. Informationsbeschaffung, Bestellwesen, Fortbildung, Abrechnung, sicherer Datentransfer)
- Datenschutz und Datensicherheit:
  - Die Bedeutung von Anti-Virenprogrammen erläutern können
  - Prinzipien der Datensicherung erläutern können
  - Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherung planen und umsetzen können

## ANMELDEUNTERLAGEN

1. Kopie des Fachangestelltenbriefes/Helferinnenbriefes
2. Privatanschrift der Zahnmedizinischen Fachangest./Zahnarzhelferin
3. Bescheinigung über ausgeübte Tätigkeit in der Praxis (inkl. Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers)
4. Bestätigung des Arbeitgebers über eine mind. einjährige Tätigkeit in der Administration
5. Bescheinigung aktueller Kenntnisse im Strahlenschutz

**Begrenzte Teilnehmerzahl:** Es können nur vollständige Anmeldeunterlagen bearbeitet und bestätigt werden.

## ZULASSUNGSVORAUSSETZUNGEN

1. Die Fortbildung können Zahnmedizinische Fachangestellte beginnen, die die Prüfung zur/zum Zahnmedizinischen Fachangestellten bzw. Zahnarzhelferin oder Zahnarzhelfer bestanden haben. Über die Zulassung zur Fortbildung entscheidet die Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg bzw. die Bezirks Zahnärztekammern.
2. Die Anmeldung hat schriftlich unter Beifügung beglaubigter Fotokopien und Bescheinigungen zu erfolgen.



**ZFZ Stuttgart**  
Alexander-Fleming-Schule,  
Stuttgart



**Team ZFZ Stuttgart**  
und externe Referenten



**09.09. – 30.09.2019**  
Schriftliche Prüfung 27.09.2019  
EDV-Prüfung 28.09.2019  
Mündliche Prüfung 30.09.2019  
**Kursnr. 19017**



**04.11. – 25.11.2019**  
Schriftliche Prüfung 22.11.2019  
EDV-Prüfung 23.11.2019  
Mündliche Prüfung 25.11.2019  
**Kursnr. 19018**



**15.06. – 08.07.2020**  
Schriftliche Prüfung: 02.07.2020  
EDV-Prüfung: 04.07.2020  
Mündliche Prüfung: 08.07.2020  
**Kursnr. 20016**



**02.11. – 23.11.2020**  
Schriftliche Prüfung: 19.11.2018  
EDV-Prüfung: 21.11.2020  
Mündliche Prüfung: 23.11.2020  
**Kursnr. 20017**



**täglich** 09:00–17:00 Uhr  
(auch Samstag)



**1.680 Euro**  
inkl. 200 Euro Prüfungsgebühr



**0711 22 716-38**  
[kurs@zfz-stuttgart.de](mailto:kurs@zfz-stuttgart.de)  
Einfach online anmelden:  
[zfz-stuttgart.de](http://zfz-stuttgart.de)

# Kursanmeldeformular

**Einfach per Fax an 0711 22 71 641 oder per E-Mail an [kurs@zfz-stuttgart.de](mailto:kurs@zfz-stuttgart.de)**

Hiermit melde ich in Kenntnis der Allgemeinen Geschäftsbedingungen (s. Seite 69) folgende Personen verbindlich zur Kursteilnahme an.

## Kursteilnehmer 1:

--	--	--	--	--

Kursnr.

Kursbezeichnung
-----------------

Vorname, Name	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr
---------------	--

Berufsbezeichnung (bitte ankreuzen) <input type="checkbox"/> Zahnärztin/Zahnarzt <input type="checkbox"/> Assistent/in <input type="checkbox"/> ZFA/ZAH
--

Straße
--------

PLZ, Ort
----------

Telefon
---------

E-Mail
--------

## Kursteilnehmer 2:

--	--	--	--	--

Kursnr.

Kursbezeichnung
-----------------

Vorname, Name	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr
---------------	--

Berufsbezeichnung (bitte ankreuzen) <input type="checkbox"/> Zahnärztin/Zahnarzt <input type="checkbox"/> Assistent/in <input type="checkbox"/> ZFA/ZAH
--

Straße
--------

PLZ, Ort
----------

Telefon
---------

E-Mail
--------

## Kursteilnehmer 3:

--	--	--	--	--

Kursnr.

Kursbezeichnung
-----------------

Vorname, Name	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr
---------------	--

Berufsbezeichnung (bitte ankreuzen) <input type="checkbox"/> Zahnärztin/Zahnarzt <input type="checkbox"/> Assistent/in <input type="checkbox"/> ZFA/ZAH
--

Straße
--------

PLZ, Ort
----------

Telefon
---------

E-Mail
--------

## Rechnungsempfänger: (falls abweichend)

Rechnungsträger
-----------------

--

Vorname, Name (Ansprechpartner)	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr
---------------------------------	--

Straße, Hausnummer
--------------------

PLZ, Ort
----------

Telefon
---------

E-Mail
--------

Stempel/Datum/Unterschrift Rechnungsträger