

# Gruppen- und Individualprophylaxe

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

## KURSIINHALT

### Prophylaxe oraler Erkrankungen

- Ursachen oraler Erkrankungen aufzeigen und die Folgen erläutern
- Maßnahmen der Mundhygiene anwendungsbezogen kennzeichnen, Möglichkeiten der häuslichen und professionellen Prophylaxe mit ihren Methoden aufzeigen
- Fluoridpräparate in ihren Anwendungsmöglichkeiten und Wirkungen beschreiben und erläutern, Möglichkeiten der häuslichen Anwendung aufzeigen und patientenorientiert darstellen
- Praxisrelevante, prophylaxespezifische Indices abgrenzen und erheben
- Verfahren und Techniken der Zahnreinigung anwendungsbezogen umsetzen, allgemeinmed. Risikofaktoren patientenorientiert beachten
- Hand- und maschinenbetriebene Instrumente (einschließlich Schall und Ultraschallinstrumente) in ihren Anwendungen differenzieren (supragingivaler Einsatz)
- Schärfen von Scalern
- Oberflächen-, Interdental- und Füllungspolituren einschließlich des Entfernens von Überhängen durchführen
- Vorschriften des Medizinproduktegesetzes sowie weitere hygienerechtliche Vorschriften/Empfehlungen sachkundig umsetzen

### Be- und Abrechnung von prophylaktischen Leistungen

- Be- und Abrechnung prophylaktischer Leistungen der Praxis strukturieren
- Prophylaktische Leistungen be- und abrechenbar dokumentieren

### Psychologie und Kommunikation

- Patienten über Notwendigkeit, Ziele und Wirkungen prophylaktischer Maßnahmen aufklären und motivieren

### Zahnmedizinische Betreuung von Menschen mit Unterstützungsbedarf

- Demografische Herausforderungen aufgreifen und deren Bedeutung für die zahnmedizinische Betreuung älterer Menschen und von Menschen mit Behinderungen bewerten

### Arbeitssicherheit und Ergonomie

- Gesundheitsrelevante Belastungen der Arbeitsprozesse am Arbeitsplatz erkennen
- Strategien und Maßnahmen zur Verhaltensprävention umsetzen

### Rechtsgrundlagen

- Vorschriften des Medizinproduktegesetzes sowie weitere hygienerechtliche Vorschriften/Empfehlungen sachkundig umsetzen

## ANMELDEUNTERLAGEN

1. Kopie des Fachangestelltenbriefes/Helferinnenbriefes
2. Privatanschrift der Zahnmedizinischen Fachangest./Zahnarzhelferin
3. Bescheinigung über ausgelernte Tätigkeit in der Praxis (inkl. Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers)
4. Nachweis 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



Team ZFZ Stuttgart



09.03. – 23.03.2020

Mündl./Prakt. Prüfung: 23.03.2020  
Kursnr. 20001



23.04. – 30.04.2020

Mündl./Prakt. Prüfung: 30.04.2020  
Kursnr. 20002



25.05. – 08.06.2020

Mündl./Prakt. Prüfung: 08.06.2020  
Kursnr. 20003



05.10. – 16.10.2020

Mündl./Prakt. Prüfung: 16.10.2020  
Kursnr. 20004



30.11. – 11.12.2020

Mündl./Prakt. Prüfung: 11.12.2020  
Kursnr. 20005



täglich 08:00–17:00 Uhr



990 Euro

inkl. 100 Euro Prüfungsgebühr



0711 22 716-52

[kurs@zffz-stuttgart.de](mailto:kurs@zffz-stuttgart.de)

Einfach online anmelden:  
[zffz-stuttgart.de](http://zffz-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
--