

Herstellung von Situationsabformungen und Provisorien

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

KURSIHALT

Einführung

- Situationsabformungen anfertigen
 - Anatomische Grundlagen der Löffelauswahl
 - Löffelverbesserung durch individuelle Abdämmungen
 - Vorgehen bei schwierigen Patienten
- Provisorien herstellen
 - Anatomische Grundlagen
 - Funktionsgerechte und gingivalprophylaktische Gestaltung
 - Ergonomisches Kombinieren verschiedener Materialien
 - Behandlungsbegleitende Hygieneanforderungen
- Materialien anwendungsbezogen einsetzen
 - Gipse, Alginat, Silikone, verschiedene polymerisierende Kunststofftypen zur Provisorienherstellung
 - Individuelle Materialauswahl entsprechend Anamnese und Indikation
- Be- und Abrechnung von Situationsabformungen und Provisorien
 - Abrechnung der Situationsabformungen nach BEMA und GOZ
 - Abrechnung der Provisorien nach BEMA und GOZ
 - Differenzierung der zahntechnischen Material- und Laborleistungen

Praktische Übungen am Phantomkopf/Patienten

- Herstellen von Provisorien aus verschiedenen Materialien mit und ohne funktionsgerechte Okklusalgestaltung
- Herstellen von Provisorien für Inlays, Einzelkronen, Stiftkronen, Teilkronen und Brücken
- Situationsabformungen

Korrekte Patienteninformation durch die zahnmedizinische Mitarbeiterin oder den zahnmedizinischen Mitarbeiter

- Richtiges Verhalten des Patienten mit provisorischer Versorgung
- Angepasstes Pflegeverhalten des Patienten
- Eingehen auf mögliche Komplikationen

ANMELDEUNTERLAGEN

1. Kopie des Fachangestelltenbriefes/Helferinnenbriefes
2. Privatanschrift der Zahnmedizinischen Fachangestellten/Zahnarthelferin
3. Bescheinigung über ausgelesene 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. Zahnarthelferin oder Zahnarthelfer 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



24.02. – 27.02.2020

Mündl./Prakt. Prüfung: 27.02.2020
Kursnr. 20010



23.03. – 26.03.2020

Mündl./Prakt. Prüfung: 26.03.2020
Kursnr. 20011



04.05. – 07.05.2020

Mündl./Prakt. Prüfung: 07.05.2020
Kursnr. 20012



13.07. – 16.07.2020

Mündl./Prakt. Prüfung: 16.07.2020
Kursnr. 20013



27.10. – 30.10.2020

Mündl./Prakt. Prüfung: 30.10.2020
Kursnr. 20014



14.12. – 17.12.2020

Mündl./Prakt. Prüfung: 17.12.2020
Kursnr. 20015



täglich 08:30–16:30 Uhr



590 Euro

inkl. 100 Euro Prüfungsgebühr



0711 22 716-52

kurs@zfz-stuttgart.de

Einfach online anmelden:
zfz-stuttgart.de

Kursanmeldeformular

Einfach per Fax an 0711 22 71 641 oder per E-Mail an 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
--