

# Hilfestellung bei der kieferorthopädischen Behandlung

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

## KURSIONHALT

### Art, Anwendung und Wirkungsweise herausnehmbarer und festsitzender Behandlungsgeräte differenzieren

- Vorauswahl und Anprobe von Bändern
- Befestigen von Bögen
- Ausligieren von Bögen

### Spezielle prophylaktische Maßnahmen KFO-begleitend durchführen

### Klebereste nach Bracketentfernung entfernen, Zahnpolitur vornehmen

### Situationsabformungen

- Anatomische Grundlagen zur Löffelauswahl
- Löffelverbesserung durch individuelle Abdämmungen
- Vorgehen bei schwierigen Patienten

### Behandlungsbegleitende Hygienemaßnahmen

### Praktische Übungen am Phantomkopf/Patienten

- Vorauswahl und Anprobe von Bändern
- Befestigen von Bögen nach Eingliederung durch den Zahnarzt
- Ausligieren von Bögen
- Situationsabformungen

## 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. Nachweis aktueller Kenntnisse im Strahlenschutz
5. Nachweis Kursteil I (wenn vorhanden)

**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.

## ZULASSUNGSEMPFEHLUNG

Der Kursteil I „Gruppen- und Individualprophylaxe“ sollte bereits absolviert worden sein.



ZFZ Stuttgart



Dr. N. Gehrig, Stuttgart  
Dr. C. Wissel-Seith, Karlsruhe



17.04. – 20.04.2020  
Kursnr. 20034



13.11. – 16.11.2020  
Kursnr. 20035



täglich 09:00–17:00 Uhr



590 Euro  
inkl. 100 Euro Prüfungsgebühr



0711 22 716-52  
kurs@zff-stuttgart.de

Einfach online anmelden:  
zff-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
--------------------------------------------