

# Fissurenversiegelung von kariestfreien Zähnen

Kursteil IIc 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

- Fissurenversiegelung durchführen
  - Indikation der Fissurenversiegelung
  - Praktische Durchführung der Fissurenversiegelung
  - Prophylaktische Versiegelung
  - Versiegelung der erweiterten Fissur
  - Nachversiegelung
  - Materialien zur Fissurenversiegelung
- Maßnahmen und Techniken der relativen und absoluten Trockenlegung differenzieren und fallbezogen umsetzen
  - Kofferdammaterialien
  - Unterschiedliche Anlegetechniken
- Medikamententräger herstellen und indikationsbezogen anwenden
  - Indikation des Medikamententrägers
  - Materialien zur Herstellung von Medikamententrägern
  - Inhaltsstoffe zur Füllung von Medikamententrägern (Fluoride, antibakterielle Wirkstoffe)

### Praktische Übungen am Phantomkopf

- Kofferdamstechniken
- Versiegelung von Prämolaren und Molaren (an extrahierten Zähnen)

### Be- und Abrechnung von Fissurenversiegelung, Kofferdam und Medikamententrägern einschließlich Begleit- und Laborleistungen

## 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. Kopie der fachkundlichen Nachweise: Kursteil I „Gruppen- und Individualprophylaxe“ Kursteil IIa „Situationsabformungen und Provisorien“
5. Bescheinigung über aktuelle 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.
3. Die Kursteile I „Gruppen- und Individualprophylaxe“ und IIa „Herstellung von Situationsanforderungen und Provisorien“ wurden bereits absolviert



ZFZ Stuttgart



Team ZFZ Stuttgart



04.03. – 06.03.2020

Mündl./Prakt. Prüfung: 06.03.2020  
Kursnr. 20020



31.03. – 03.04.2020

Mündl./Prakt. Prüfung: 03.04.2020  
Kursnr. 20021



11.05. – 14.05.2020

Mündl./Prakt. Prüfung: 14.05.2020  
Kursnr. 20022



20.07. – 23.07.2020

Mündl./Prakt. Prüfung: 23.07.2020  
Kursnr. 20023



01.09. – 04.09.2020

Mündl./Prakt. Prüfung: 04.09.2020  
Kursnr. 20024



23.11. – 26.11.2020

Mündl./Prakt. Prüfung: 26.11.2020  
Kursnr. 20025



täglich 08:00–17:00 Uhr



590 Euro

inkl. 100 Euro Prüfungsgebühr



0711 22 716-52

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

Einfach online anmelden:  
[zfv-stuttgart.de](http://zfv-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<br><input type="checkbox"/> Herr |
|---------------|--|

|  |
|--|
| Berufsbezeichnung<br>(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<br><input type="checkbox"/> Herr |
|---------------|--|

|  |
|--|
| Berufsbezeichnung<br>(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<br><input type="checkbox"/> Herr |
|---------------|--|

|  |
|--|
| Berufsbezeichnung<br>(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<br><input type="checkbox"/> Herr |
|---------------------------------|--|

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

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

|         |
|---------|
| Telefon |
|---------|

|        |
|--------|
| E-Mail |
|--------|

|  |
|--|
| Stempel/Datum/Unterschrift Rechnungsträger |
|--|