

Einladung zum Seminar: Keine Angst vor der Praxisbegehung



Fortbildungspunkte
4

Sehr geehrte Damen und Herren!

Die zunehmende Zahl der Praxisbegehungen durch z. B. die Gewerbeaufsicht, des Gesundheitsamtes, durch die Kammern..., lösen oft starke Verunsicherungen aus.

MPG § 26: (1) Betriebe und Einrichtungen mit Sitz in Deutschland, in denen MP..., errichtet, betrieben angewendet... werden, unterliegen insoweit der Überwachung durch die zuständigen Behörden. Wenn es um Infektionsschutz, Reinigung, Desinfektion und Sterilisation geht, darf nichts dem Zufall überlassen werden. Wir helfen Ihnen und Ihrem Praxisteam die Anforderungen an die RKI – Richtlinien-, Normen und Gesetze umzusetzen.

Die Hygieneschulung stellt in verständlicher Form die aktuellen und zukünftigen Anforderungen an die Hygiene in der Zahnarztpraxis dar.

Jede Praxis erhält ein Dürr Hygienepaket inklusiv unserer Hygiene CD.

Wir freuen uns auf Sie!

Ihr Team der abodent gmbh

Themen:

- Checkliste: Soll – IST Vergleich – wir schauen in Ihre Räume
- Infektionsrisiken und Infektionsquellen in der ZAP
- Umsetzung der RKI Empfehlungen, DGHM/VAH, DAHZ und Gesetze
- Erstellen und Einhalten der Hygienekette durch Arbeitsanweisungen
- Hygieneplan der BZÄK/DAHZ, Haut-, Reinigungs- und Desinfektionsplan
- Hygienemanagement – manuelle und maschinelle Aufbereitung von Medizinprodukten
- wirtschaftlicher Umgang mit Reinigungs- und Desinfektionsmitteln,
- Einteilung der Risikogruppen – unkritisch, semikritisch A/B, kritisch A/B
- Reinigung und Pflege der Absauganlage
- Trinkwasserverordnung und deren Umsetzung
-



Am: Mittwoch, 16. August 2017 von 14.00 - ca. 17.00 Uhr
Depot: abodent GmbH
Adresse: Alte Straße 95, 27432 Bremervörde
Referent: Frau Gudrun Stüper, Dentalcoach der Firma Dürr Dental
Teilnahmegebühr: 89,00 Euro zzgl. MwSt. je Teilnehmer
Anmeldeschluss: 02. August 2017
Fortbildungspunkte: Auf der Grundlage der Punktebewertung von BZÄK/DGZMK werden 4 Fortbildungspunkte vergeben.

Anmeldung:
Keine Angst vor der Praxisbegehung
bitte faxen an: 04761-5062

Praxis

Name: _____

Strasse: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Teilnehmer/-innen

Titel, Name, Vorname _____

Titel, Name, Vorname _____

Titel, Name, Vorname _____

Titel, Name, Vorname _____

Datum / Stempel / Unterschrift