

Notfalltraining in Ihrer Zahnarztpraxis - Inhouse-Seminar für das gesamte Praxisteam -

Seminarinhalte:

Notfallsituationen bei Patienten kündigen sich oft sehr kurzfristig an bzw. kommen akut. In diesem Seminar lernen Sie Vorzeichen richtig zu deuten und zu behandeln, um lebensbedrohlichen Zuständen der Patienten entgegen zu steuern. Ebenso lernen Sie, mit einfachen Maßnahmen Patientenzustände zu behandeln und deren Vitalfunktionen aufrecht zu erhalten, bis der Rettungsdienst die weitere Versorgung übernimmt.

Dieses Training findet in Ihrer **eigenen Praxis** und dem Ihnen zur Verfügung stehenden Equipment mit Ihren personellen Möglichkeiten statt. Es wird speziell auf Ihre Praxisgegebenheiten eingegangen, sodass Ihr Praxisteam anhand von Notfallsimulationen die medizinische Versorgung und das Team-Management üben kann.

Einige Tage vor Kursbeginn wird sich der Dozent mit Ihnen in Verbindung setzen, um im Seminar auf spezielle Wünsche Ihrerseits im Besonderen eingehen zu können.

Uwe Bösel
Dozent für notfallmedizinische Schulungen,
staatl. anerkannter
Rettungsassistent



Organisation:

Termin:	Bitte geben Sie <u>zwei Termine</u> Ihrer Wahl an.
Unterrichtsdauer:	4 Stunden
Teilnahmegebühr:	795,00 EUR (bis 11 Personen); Mindestteilnehmerzahl 5 Personen
Teilnehmerkreis:	Zahnärzte und Praxisteam
Fortbildungspunkte:	Das Seminar ist mit 5 Fortbildungspunkten bewertet. Ein entsprechendes Zertifikat wird zugesandt.
Kontakt:	Nicole Geist Telefon: 07071 911-111 Mail: nicole.geist@kzvbw.de

Kassenzahnärztliche Vereinigung
Baden-Württemberg
Bezirksdirektion Tübingen
Frau Nicole Geist
Bismarckstraße 96
72072 Tübingen

Notfalltraining in Ihrer Zahnarztpraxis - Inhouse-Seminar für das gesamte Praxisteam -

Terminvorschlag 1:	Vormittag:	Uhr	Nachmittag:	Uhr
Terminvorschlag 2:	Vormittag:	Uhr	Nachmittag:	Uhr

Praxisort:

Gebühr: 795,00 EUR (bis 11 Personen)
Die Kursgebühr wird vom Honorarkonto abgebucht.

Anmeldung:

Hiermit melden sich folgende Teilnehmer an:
(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Teilnehmer 1:

Vorname Name

Teilnehmer 2:

Vorname Name

Teilnehmer 3:

Vorname Name

Teilnehmer 4:

Vorname Name

Teilnehmer 5:

Vorname Name

Datum / Unterschrift / Praxisstempel

Abrechnungsnummer

