

# CURRICULUM - PROPHYLAXE

## FORTBILDUNGSDIPLOM für PASS

Diese Fortbildung ermöglicht allen, die bereits als Prophylaxe-Assistentin tätig sind, ihre persönlichen Kompetenzen zu stärken und ihr Wissen zu erweitern.

Der Lehrgang wird von der Landes Zahnärztekammer Burgenland veranstaltet und dient zum Erwerb des neuen Fortbildungsdiploms für Prophylaxe-Assistentinnen (PASS) der Österreichischen Zahnärztekammer.

**Diplom:** Der Lehrgang umfasst insgesamt 60 Fortbildungspunkte. Nach Absolvierung der 6 Module (mind. 85%ige Anwesenheitspflicht) wird das Fortbildungsdiplom für PASS verliehen.



Landes  
**Zahnärztekammer**  
Burgenland



**HENRY SCHEIN®**  
DENTAL

**Veranstaltungsort:**

**Landes Zahnärztekammer Burgenland,**  
Schloss Jormannsdorf Nr. 1, 7431 Bad Tatzmannsdorf

**Termine:**

**Modul 1: Sa. 23.03.2019**  
**Modul 2: Sa. 13.04.2019**  
**Modul 3: Sa. 29.06.2019**  
**Modul 4: Sa. 14.09.2019** } jeweils von 09:00 - 18:00 Uhr

**Modul 5 + 6: Fr. 08.11. + Sa. 09.11.2019** im Rahmen der  
Bgd. Herbsttagung 2019

**Kursinhalte:**

Parodontalbehandlungen u. zusätzliche Therapien - Periimplantiits -  
Implantat Versorgung - Umgang u. Therapie bei Risikopatienten -  
Psychologische und psychosoziale Aspekte - Handinstrumentierung  
für Fortgeschrittene - Keimbestimmung/FMD - Zahnmed. Aspekte  
bei Essstörungen - Prophylaxe beim geriatrischen Patienten uvm.

**Lehrgangskosten:**

**€ 1.800,-** inkl. freier Eintritt zur Bgd. Herbsttagung 2019,  
Pausenverpflegung und Unterlagen

**Anmeldung/Anfragen:**

praxis-beratung@gmx.at  
FAX: 05 05 11 - 7003  
Petra Bischof-Oswald - 0664 / 130 40 46 (Montags 09.00-13.00 Uhr)

# ANMELDEFORMULAR 2019

Anmeldungen an: FAX: 05 05 11 - 7003  
E-Mail: praxis-beratung@gmx.at

## CURRICULUM PROPHYLAXE FORTBILDUNGSDIPLOM FÜR PASS

Voraussetzung für die Anmeldung:

- Nachweis des positiven Abschlusses der Ausbildung zur PASS
- mindestens einjährige Berufsausübung als PASS

Name Assistent/in:

Geburtsdatum:

Adresse Assistent/in:

Telefonnummer u. E-Mail-Adresse:

Ordinationsadresse:

Telefonnummer u. E-Mail der Ordination:

**Datum und Unterschrift Teilnehmer/in:**

**DIE TEILNEHMERZAHL IST BEGRENZT UND ERFOLGT AUSSCHLIESSLICH  
IN DER REIHENFOLGE DER SCHRIFTLICHEN ANMELDUNGEN.**