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 Landeszahnärztekammer 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 wird das Fortbildungsdiplom für PAss verliehen.













VERANSTALTER und Veranstaltungsort:

LANDESZAHNÄRZTEKAMMER BURGENLAND, ZAHNÄRZTE KAMMER 1. 7431 Bad Tatzmannsdorf Schlossplatz 1, 7431 Bad Tatzmannsdorf

Termine:

Modul 1: Sa. 15.03.2025 Modul 2: Sa. 10.05.2025

Modul 3: Sa. 07.06.2025 Modul 4: Sa. 13.09.2025 Modul 5 + 6: Fr. 07.11. + Sa. 08.11.2025 im Rahmen der Bgld. Herbsttagung

jeweils von 09:00 - 18:00 Uhr

Kursinhalte:

Parodontalbehandlungen u. zusätzliche Therapien - Periimplantitis -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:

€ 1.990,-- inkl. freier Eintritt zur Bgld. Herbsttagung

+ € 120,-- Anmelde- und Lehrmittelgebühr

Anmeldung/Anfragen:

Petra Bischof-Oswald, MBA

office@praxis-akademie.at Mail·

Tel· 0664 / 130 40 46 (Montags 09.00–13.00 Uhr)

Anmeldung und weitere Informationen unter:

www.praxis-akademie.at

Designed by: www.praxis-beratung.at







ANMELDEFORMULAR 2025

Anmeldungen an:

E-Mail: office@praxis-akademie.at

CURRICULUM PROPHYLAXE FORTBILDUNGSDIPLOM FÜR PASS

Voraussetzung für die Anmeldung:
O Nachweis des positiven Abschlusses der Ausbildung zur PAss
O mindestens einjährige Berufsausübung als PAss
Name Assistent/in:
Geburtsdatum:
Adresse Assistent/in:
Telefonnummer u. E-Mail-Adresse:
Ordinationsname und Ordinationsadresse:
ordinationshame and ordinationsautesse.
Telefonnummer u. E-Mail der Ordination:
Datum und Unterschrift Teilnehmer/in:

DIE TEILNEHMERZAHL IST BEGRENZT UND ERFOLGT <u>AUSSCHLIESSLICH</u> IN DER REIHENFOLGE DER SCHRIFTLICHEN ANMELDUNGEN.