

# FRÜHJAHR - LEHRGANG

## 2-jährige Theorie-Ausbildung zur ZAHNÄRZTLICHEN ASSISTENZ

Der Theorie-Lehrgang wird von der LZÄK Burgenland veranstaltet und kann in 2 Jahren berufsbegleitend absolviert werden. Voraussetzung sind ein aufrechtes Dienstverhältnis im ZMK-Bereich, das bereits seit ca. 5 Monaten bestehen sollte.

Der Lehrgang umfasst die gesetzlichen 600 Unterrichtseinheiten, die jährlich in vier Blockwochen (Präsenz u. E-Learning) abgehalten werden. Nach der positiven Absolvierung, sowie 3 Jahre praktische Ausbildung im Rahmen eines Dienstverhältnisses erfolgt der Antritt zur kommissionellen Abschlussprüfung zur zahnärztlichen Assistenz.

Des Weiteren besteht die Möglichkeit zusätzlich die freiwillige Lehrabschlussprüfung (LAP) bei der Prüfungsstelle für Lehrlinge im Externistenweg zu absolvieren.



Landes  
**Zahnärztekammer**  
Burgenland

**VERANSTALTER und  
Veranstaltungsort:**

**LANDESZAHNÄRZTEKAMMER BURGENLAND,**  
Schlossplatz 1, 7431 Bad Tatzmannsdorf

Landes  
**Zahnärztekammer**  
Burgenland

**Gesamtdauer:** 2 Jahre (zu je 300 UE/Jahr)

**Kurszeiten**

**Mo. 27.02. – Fr. 03.03.2023** - Präsenz-Schulwoche

**1. Schuljahr:**

**Mo. 27.03. – Fr. 31.03.2023** - Präsenz-Schulwoche

Präsenzschulwoche  
jeweils von  
09:00 - 18:00 Uhr

**Mo. 08.05. – Fr. 12.05.2023** - Online E-Learning - Live-Unterricht

**Mo. 11.09. – Fr. 15.09.2023** - Präsenz-Schulwoche

+ verpflichtende E-Learn-Lernaufgaben selbstständig zwischen den Schulwochen zu erledigen

**Kurskosten:**

**€ 1.990,- / Ausbildungsjahr**

**+ € 250,- EINMALIG** als Anmelde- und Lehrmittelgebühr zu entrichten

**Anmeldung:**

Petra Bischof-Oswald, MBA

Mail: [praxis-beratung@gmx.at](mailto:praxis-beratung@gmx.at)

Fax: 05 05 11 - 7003

Tel.: 0664 / 130 40 46 (Montags 09.00-13.00 Uhr)

Genauere Informationen dazu auf der Homepage der LZÄK Burgenland:

**[bgld.zahnaerztekammer.at](http://bgld.zahnaerztekammer.at)**

# ANMELDEFORMULAR 2023

Anmeldungen an:

FAX: 05 05 11 – 7003

E-Mail: praxis-beratung@gmx.at

## FRÜHJAHR - LEHRGANG AUSBILDUNG ZUR ZAHNÄRZTLICHEN ASSISTENZ

Vorname:	Nachname:
Geburtsdatum:	Sozialversicherungsnummer:
Adresse Assistent/in:	
Telefonnummer u. E-Mail-Adresse:	
Ordinationsinhaber/in:	
Ordinationsname und Ordinationsadresse:	
Telefonnummer u. E-Mail der Ordination:	
<b>Datum und Unterschrift Ordinationsinhaber/in:</b>	

**Es werden nur vollständige und lesbare Anmeldungen angenommen.**

**Danke!**