

Karl-Häupl-Institut der  
Zahnärztekammer Nordrhein  
Emanuel-Leutze-Str. 8

40547 Düsseldorf

E-Mail: [khi@zaek-nr.de](mailto:khi@zaek-nr.de)  
Telefax **0BF**: 0211 / 52605 -84

## „Offene Baustein Fortbildung“

### zur „Zahnmedizinischen Prophylaxeassistentin“ (ZMP) zur „Zahnmedizinischen Fachassistentin“ (ZMF)

Ich interessiere mich für die Absolvierung folgender Fortbildungsbausteine für die Zahnmedizinische Fachangestellte (Zahnarthelferin) - bitte Zutreffendes ankreuzen ( einzelne Bausteine möglich ) :  
( Empfehlung bei Fortbildung zur **ZMP** oder **ZMF** bitte sofort alle entsprechenden Bausteine ankreuzen ) !!

<b><u>Baustein 1:</u></b>	Zahnmedizinisches Basiswissen und Chirurgie	(erforderlich zur <b>ZMP</b> und <b>ZMF</b> ) ( <u>Empfehlung für Aufn.Pr. BS 4</u> )	( )
<b><u>Baustein 2:</u></b>	Mitarbeit bei Not- und Zwischenfällen in der Zahnarztpraxis	(erforderlich zur <b>ZMP</b> und <b>ZMF</b> )	( )
<b><u>Baustein 3:</u></b>	Arbeitssicherheit und Praxishygiene, Arbeitssystematik	(erforderlich zur <b>ZMP</b> und <b>ZMF</b> )	( )
<b><u>Baustein 4:</u></b>	Mitarbeit bei der Mundhygiene und Prophylaxe <b><u>Voraussetzung:</u></b> Aufnahmeprüfung (2 Monate Praktikum)	(erforderlich zur <b>ZMP</b> und <b>ZMF</b> ) <b>(bitte Anmeldung mit ausfüllen)</b> <b>(Aufnahmeprüfung Baustein 4)</b>	<b>!!</b>
<b><u>Baustein 5:</u></b>	Mitarbeit bei parodontalen Maßnahmen <b><u>Voraussetzung:</u></b> Baustein 4 (4 Monate Praktikum)	(erforderlich zur <b>ZMP</b> und <b>ZMF</b> )	( )
<b><u>Baustein 6 a):</u></b>	Mitarbeit bei konservierenden Maßnahmen (Teil 1) (2 Monate Praktikum)	(erforderlich zur <b>ZMP</b> und <b>ZMF</b> )	( )
<b><u>Baustein 6 b):</u></b>	Mitarbeit bei konservierenden Maßnahmen (Teil 2)	(erforderlich zur <b>ZMF</b> )	( )
<b><u>Baustein 7:</u></b>	Mitarbeit bei prothetischen Maßnahmen inkl. kleines Praxislabor (2 Monate Praktikum)	(erforderlich zur <b>ZMF</b> )	( )

<b><u>Baustein 8:</u></b>	Mitarbeit bei kieferorthopädischen Maßnahmen (2 Monate Praktikum)	nicht obligat für ZMP-/ZMF-Zertifikat	( )
<b><u>Baustein 9:</u></b>	Praxisorganisation und -verwaltung, Betriebswirtschaftslehre, Rechts- und Berufskunde, Ausbildungswesen, Satzungen und Ordnungen	(erforderlich zur <b>ZMF</b> )	( )
<b><u>Baustein 10 a):</u></b>	Zahnärztliches Abrechnungswesen ( Teil 1 )	(erforderlich zur <b>ZMP</b> und <b>ZMF</b> )	( )
<b><u>Baustein 10 b):</u></b>	Zahnärztliches Abrechnungswesen ( Teil 2 )	(erforderlich zur <b>ZMF</b> )	( )
<b><u>Baustein 11:</u></b>	Psychologie, Soziologie, Rhetorik	(erforderlich zur <b>ZMP</b> und <b>ZMF</b> )	( )
<b><u>Baustein 12:</u></b>	Ernährungslehre	(erforderlich zur <b>ZMP</b> und <b>ZMF</b> )	( )

**Wichtiger Hinweis zur OBF !!**

Folgende Nachweise werden zu den ( bei Baustein 2 + 12  
**OBF**- Kursen und Prüfungen benötigt: vor Kursbeginn ) !!  
- Zahnarzhelferinnenbrief / bzw. Urkunde ZFA ( **alle Bausteine** )  
- Röntgenzertifikat ( **Bausteine: 2,3,4,5,6,7 u. 8** ) **k. Aktualisierung**  
- Erste-Hilfe-Bescheinigung ( **Bausteine: 2,3,4,5,6,7 u. 8** )  
( **8** Doppelstd. / nicht älter als **3** Jahre )  
(Original Durch-/Zweitschrift oder beglaubigte Kopie)  
Alle Unterlagen / **Kopien** müssen **beglaubigt** sein !!

**Adressenänderungen bitte immer mitteilen !**

**>> Zur OBF bitte ungedingt Hinweis beachten !!**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname  
(Zahnmedizinische Fachangestellte, Zahnarzhelferin)

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum / Geburtsort geb. (Name)

\_\_\_\_\_  
Straße, Nr.

\_\_\_\_\_  
Praxisstempel

\_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Handy

**( Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen !!!! )**

**(Alle Anmeldungen sowie Absagen der Baustein- und Prüfungstermine die Ihnen mitgeteilt werden müssen immer schriftlich vorgenommen werden !!)**

Karl-Häupl-Institut der  
Zahnärztekammer Nordrhein  
Emanuel-Leutze-Str. 8

40547 Düsseldorf

## **zur Aufnahmeprüfung November 2010 zum**

### **Baustein 4 „Mitarbeit bei der Mundhygiene und Prophylaxe“ ( bitte **nur** ausfüllen bei Anmeldung zum Baustein 4 )**

melde ich mich verbindlich an und verpflichte mich, die Gebühr für die Aufnahmeprüfung in Höhe von **Euro (€) 50,00** bis spätestens **21 Tage vor Prüfungsbeginn** zu überweisen ( **Kursangabe, Name und Teilnehmer-Nr.** ).

Der Rücktritt vom Vertrag ist bis spätestens 21 Tage vor der Prüfung für beide Seiten jederzeit ohne Angabe von Gründen schriftlich möglich. In besonderen Ausnahmefällen ist der Rücktritt für beide Seiten noch bis unmittelbar vor der Prüfung möglich. Besondere Ausnahmefälle sind z. B. Todesfall in der Familie, höhere Gewalt o.ä.. Die Haftung für Kosten, die den Teilnehmern im Zusammenhang mit der geplanten Absolvierung der Prüfung durch den Rücktritt entstanden sind (z.B. Reisekosten, Hotelkosten etc.), ist ausgeschlossen.

#### **Adressenänderungen bitte immer mitteilen !**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname (Zahnmedizinische Fachange-  
stellte, Zahnarzhelferin)

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum und -ort geb. (Name)

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Praxisstempel

\_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Handy

**Wir bitten auch um gleichzeitige Zusendung Ihrer Interessensbekundung, damit wir Sie auf die Warteliste der jeweiligen OBF- Bausteine vormerken können !**

Wir empfehlen zur Vorbereitung auf die Aufnahmeprüfung BS 4 die Absolvierung des Bausteins:  
**1 „ Zahnmedizinisches Basiswissen „**

Die obige Prüfgebühr wird von mir als **Arbeitgeber**  
( nur ausfüllen wenn Prüfgebühr vom Arbeitgeber entrichtet wird ) !!

per Überweisung

durch Abbuchung von meinem KZV-Konto Nr. .... entrichtet.

.....  
**Datum**

.....  
**Unterschrift und Stempel des Praxisinhabers**