

Dozent



Matthias Hajek

Facharzt für Arbeitsmedizin, langjährige Tätigkeit als arbeitsmedizinischer Fachberater für Klein-, Mittel- und Großunternehmen, Leiter der Stelle für Arbeitssicherheit der BLZK

**Halbtageskurs
Zahnärzte**

Teilnehmerzahl: 35
Kursgebühr: € 350,00
Fortbildungspunkte: 5

Präventionskonzept Arbeitsschutz Erstschulung BuS-Dienst der BLZK

Um Arbeitssicherheitsaufgaben praxisingerecht zu gestalten, entwickelte die BLZK gemeinsam mit der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) ein Präventionskonzept, das heute als „alternative bedarfsorientierte und sicherheitstechnische Betreuung“ in der Vorschrift 2 der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) verankert ist. Bei diesem Konzept wird der Praxisinhaber oder – bei Berufsausübungsgemeinschaften – einer der Praxisinhaber nach persönlicher Teilnahme an einer von der BLZK organisierten Schulung zum Sicherheitsverantwortlichen der eigenen Zahnarztpraxis.

Ziel dieses Kurses ist es, Praxisinhaber soweit zu schulen, dass die gesetzlich vorgegebenen Arbeitsschutzmaßnahmen im Rahmen der alternativen Betreuung ohne Bestellung eines Betriebsarztes oder einer Fachkraft für Arbeitssicherheit mit kostenpflichtigen festen Einsatzzeiten selbstständig umgesetzt werden können. Insbesondere bei Unfällen, aber auch Kontrollen durch die zuständige Behörde sowie sonstigen Vorkommnissen muss der Nachweis erbracht werden, dass die notwendigen Sicherheitsarbeiten geleistet worden sind.

- Präventionskonzept der BLZK als Alternative zur Regelbetreuung nach DGUV Vorschrift 2 (Bestellung von Betriebsärzten und Sicherheitsfachkräften)
- Fristen und wichtige Unterlagen (Betriebsanweisungen, etc.)
- Welche Gesetze und Verordnungen sind zu beachten?
Arbeitsschutzgesetz, Biostoffverordnung, Gefahrstoffverordnung, Mutterschutzgesetz
- Arbeitsmedizinische Vorsorge: Was ist das? Wie mache ich das?
- Unterweisungen von Arbeitnehmern in Zahnarztpraxen im Arbeitsschutz
- Diskussion und Fragen zu speziellen Problemen im Arbeitsschutz

Hinweis:

Erstschulung für Zahnärzte zur Teilnahme am Präventionskonzept (BuS-Dienst) der BLZK. Ein entsprechendes Kursangebot für das Praxispersonal finden Sie in unserem Fortbildungsprogramm für zahnärztliches Personal auf Seite 72.

Kursort	Kursnummer	Datum	Uhrzeit
München	60053	Mittwoch, 29.01.2020	14.00 – 18.00 Uhr
Nürnberg	70103	Mittwoch, 04.03.2020	14.00 – 18.00 Uhr
München	60194	Mittwoch, 06.05.2020	14.00 – 18.00 Uhr
Regensburg	50203	Mittwoch, 13.05.2020	14.00 – 18.00 Uhr
Nürnberg	70293	Mittwoch, 15.07.2020	14.00 – 18.00 Uhr
München	60394	Mittwoch, 23.09.2020	14.00 – 18.00 Uhr
Würzburg	50413	Mittwoch, 07.10.2020	14.00 – 18.00 Uhr

Anmeldung

Hiermit melde ich mich verbindlich zu nachfolgender Fortbildung an:

Kurs-Nr.

--	--	--	--	--	--

Teilnehmer _____
 Praxispersonal Zahnarzt/Zahnärztin

Rechnungsadresse Praxisanschrift Privatanschrift

Name / Vorname: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon / Telefax: _____

E-Mail: _____

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Ich ermächtige die eazf GmbH, Kursgebühren von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der eazf GmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Die Abbuchung erfolgt gemäß den AGB der eazf GmbH sowie den Vereinbarungen gemäß der Rechnungsstellung.

Praxiskonto Privatkonto

Kontoinhaber _____

Kreditinstitut _____

IBAN DE _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

BIC _____

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Mit meinen Unterschriften melde ich mich verbindlich zu o.g. Fortbildung an und bestätige den von mir gewählten und oben gekennzeichneten Zahlungsweg. Die aktuellen Geschäftsbedingungen der eazf GmbH sind mir bekannt, mit ihrer Geltung bin ich einverstanden.

Datum

Unterschrift und Praxisstempel
für Kursanmeldung

Unterschrift von Kontoinhaber
bzw. Bevollmächtigter
für SEPA-Lastschriftmandat

Hinweis
Mit der Angabe meiner E-Mail-Adresse erkläre ich mich einverstanden, dass die eazf GmbH diese verwenden darf, soweit es sich um Kommunikation im Zusammenhang mit Kursbuchungen (z.B. Anmeldebestätigungen, Informationen zum Kurs, Rechnungen) handelt. Mir ist bekannt, dass ich dieses Einverständnis jederzeit mit einer Mitteilung in Textform gegenüber der eazf GmbH widerrufen kann.

eazf GmbH
Fallstr. 34, 81369 München

Telefon 089 230211400
Telefax 089 230211406
E-Mail info@eazf.de
www.eazf.de

Gläubiger-ID
DE96ZZZ00000400015
Mandatsreferenz: Erhalt
mit der Vorankündigung
zum SEPA-Einzug (Pre-
Notification).