

Auffrischung (5-jährig) im Strahlenschutz

Kursinhalte:

1. **Wichtige Neuheiten aus**
 - Strahlenschutzverordnung v. 31.12.2018
 - Strahlenschutzgesetz 03.07.2017
2. **Strahlung: Quellen, biol. Wirkung, Grundbegriffe Dosimetrie**
 - praktischer Strahlenschutz in der zahnärztlichen Praxis
3. **Qualitätssicherung / Konstanzprüfung**
 - Prüfkriterien, Prüfprotokolle, Befundungsmonitor
4. **Zahnärztliche Röntgenstelle / Mitteilungen & Informationen**
 - Anforderungen an Bildparameter
5. **Patientenpositionierung u. Strahlenschutz**
 - Fehler im intraoralen Röntgenbild
 - Fehler im extraoralen Röntgenbild
6. **Neue dentale Röntgenverfahren (DVT)**
 - Vorschriften, Begriffe, Vorteile, Nachteile, Demo Patientendatensatz
7. **Abschlussprüfung**
 - Multiple-Choice-Test für alle Teilnehmer (per Internetzugang)

Für diesen Kurs ist kein Vorab-Selbststudium der Teilnehmer notwendig.

Teilnahmevoraussetzungen:

Die erfolgreiche Aktualisierung der Kenntnisse-Strahlenschutz (ZFA) innerhalb von 5 Jahren bis zu dem Kurstermin.

Technische Teilnahmevoraussetzungen / Bedingungen für die Kursteilnahme:

Notebook o. PC, Smartphone o. Tablet sind nicht gestattet (lt. behördlicher Vorgabe/Kurszulassung) Web-/Internet-Kamera zwingend notwendig, Installierte aktuelle - kostenfreie - Software „Zoom Desktop-Client“ (Notwendig für die optimale Bild-/Tonqualität u. korrekte Durchführung der vorgeschriebenen Prüfung/Quiz)

Kursnummer: 4123

Termin: Mittwoch, 10.11.2027
13.00 – 17.30 Uhr

Zielgruppe:
Assistenz/ZFA

Referent:
Herr Gerald König, Dipl.-Ing. (FH),
Dental-Röntgen und Qualitätssicherung

Ort: Online

Teilnahmegebühr (pro Person):
Normalpreis: € 159,- zzgl. MwSt. p. P.
Partnerpreis: € 139,- zzgl. MwSt. p. P.

Fortbildungspunkte: 0

Kontaktaten Depot:
Anja Hillje
T. 0441 9308236
F. 0441 9308199
seminar.oldenburg@multident.de

QR-Code zur Onlineanmeldung:



Ein Widerruf der Anmeldung seitens des Teilnehmers ist nur bis spätestens 1 Woche vor Seminarbeginn kostenfrei möglich.

ANMELDUNG

Ich/wir komme(n) mit _____ Person(en)

Name der Teilnehmer:

Praxisstempel | Datum | Unterschrift