

Auffrischung (5-jährig) im Strahlenschutz

Kursinhalte:

1. Gesetzliche Grundlagen, Zahnärztliche Röntgenstelle
2. Wichtige Neuheiten aus RöV u. Richtlinien
3. Vorschriften zu Inbetriebnahme, Betrieb u. Stilllegung
4. Strahlung: Quellen, biol. Wirkung, Grundbegriffe Dosimetrie, prakt. Strahlenschutz in der zahnärztlichen Praxis
5. Patientendosis: Belichtungsparameter im Dentalbereich
 - Qualitätssicherung bei konventioneller Bildgebung (QM-Röntgen)
7. Qualitätssicherung bei digitaler Bildgebung (QM-Röntgen)
 - Prüfkriterien u. Prüfprotokolle, Befundungsmonitor
8. Anforderungen an Bildparameter (BZÄK)
9. Anforderungen an Dokumentation u. Archivierung
10. Patientendosis u. Intraorale Positionierung
 - Darstellung von Positionierungstechniken (Vorteile, Nachteile)
 - Fehler im intraoralen Röntgenbild
11. Patientendosis u. extraorale Positionierung
 - Darstellung der Positionierungstechnik (OPG)
 - Fehler im extraoralen Röntgenbild
12. Neue dentale Röntgenverfahren (DVT)
 - Vorschriften, Begriffe, Vorteile, Nachteile, Geräte, Echtzeitdemo über DVT-Diagnosesoftware
13. Mitteilungen der „Röntgenstelle der BZÄK“
14. Abschlussprüfung (Multiple-Choice-Test für alle Teilnehmer)

Teilnahmevoraussetzungen:

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

Kursnummer: 4125

Termin: Mittwoch, 01.09.2027
09.00 – 16.00 Uhr

Zielgruppe:

Zahnärzte/Zahnärztinnen,
Assistenz/ZFA

Referent:

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

Ort:

In unseren Geschäftsräumen
Edewechter Landstr. 148, 26131 Oldenburg

Teilnahmegebühr:

Partnerpreis: 239,- € zzgl. MwSt. p. P.
Normalpreis: 259,- € zzgl. MwSt. p. P.

Fortbildungspunkte: 7

Kontakt Daten 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 bis spätestens 1 Woche vor Seminarbeginn kostenfrei möglich.

ANMELDUNG

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

Name der Teilnehmer:

Praxisstempel | Datum | Unterschrift