

## Hygienebeauftragte/r

Koordination der professionell durchgeführten Praxishygiene in der Zahnarztpraxis

Seit einigen Jahren müssen sich die Praxen mit den aktualisierten Verordnungen zur Praxishygiene auseinandersetzen. Hygienemanagement ist dabei ein großer Teil des Qualitätsmanagements. In diesem Seminar werden die gesetzlichen Anforderungen aufgezeigt; Sie erhalten wertvolle Tipps und Vorschläge für die Umsetzung in der Zahnarztpraxis.

### Kursschwerpunkte

- Rechtliche Rahmenbedingungen
- Aufgaben von Hygienebeauftragten
- Notwendige Arbeitsanweisungen
- Notwendige Dokumentationen
- Vorschläge zur jährlichen Mitarbeiterschulung
- Arbeitsschutz und jährliche Mitarbeiterunterweisung
- Normkonforme Aufbereitung von Medizinprodukten nach RKI

### Lernziele

- Kenntnis der wichtigsten Gesetze und Anforderungen
- Rechtssicherheit
- Argumentationshilfen für Teamgespräche

### Nutzen

- Sicherheit bei einer Praxisbegehung
- Sichere Arbeitsumgebung für das Praxisteam und Patient\*innen
- Souveränes Handeln rund um das Thema Hygiene

**Hygieneseminar mit Nina Heithausen-Stültjens**, Fachberaterin Hygienemanagement, Praxismanagerin IHK und Qualitätsmanagementbeauftragte, Plandent

Mittwoch, 8. Oktober 2025 in Mönchengladbach  
09.00-13.00 Uhr

Zielgruppe (m/w/d):  
Zahnärzte, Zahnmedizinische Fachangestellte,  
das komplette Praxisteam

Fortbildungspunkte 5\*

169,00 € zzgl. gesetzl. MwSt. bzw.  
**201,11 € inkl. gesetzl. MwSt.** für die erste Person  
und 149,00 € zzgl. gesetzl. MwSt. bzw.  
**177,31 € inkl. gesetzl. MwSt.** für jede weitere  
Person einer Praxis, inkl. begleitende Schulungs-  
unterlagen und Imbiss

# Jetzt anmelden

## Hygienebeauftragte/r

Koordination der professionell durchgeführten  
Praxishygiene in der Zahnarztpraxis



Zur Online-Anmeldung  
und weiteren Kursen im  
Westen Deutschlands

**Veranstaltungstermin** (Seminarnummer: 2088)

Mi., 8. Oktober 2025

09.00-13.00 Uhr

Mönchengladbach

169,00 € zzgl. gesetzl. MwSt. bzw. **201,11 € inkl. gesetzl. MwSt.** für die erste Person und  
149,00 € zzgl. gesetzl. MwSt. bzw. **177,31 € inkl. gesetzl. MwSt.** für jede weitere Person einer Praxis,  
inkl. begleitende Schulungsunterlagen und Imbiss

Ich melde mich verbindlich für oben angegebene Veranstaltung an und nehme mit ..... Person(en) teil.

### Veranstaltungsort

Plandent  
Heinz-Nixdorf-Str. 14A  
41179 Mönchengladbach

### Ansprechpartner

**Kevin Wolniewiez**, Veranstaltungsorganisation Plandent  
Kevin.Wolniewiez@plandent.de  
Tel.: +4921615731710, Fax: +4921615731722

### Teilnehmer\*innen

Bitte ankreuzen:

ZA = Zahnarzt, AZ = Assistenz Zahnarzt, ZFA = Zahnmedizinische Fachangestellte, ZT = Zahntechniker (m/w/d)

|                       | ZA                       | AZ                       | ZFA                      | ZT                       |                       | ZA                       | AZ                       | ZFA                      | ZT                       |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| _____                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1. Titel/Vorname/Name |                          |                          |                          |                          | 2. Titel/Vorname/Name |                          |                          |                          |                          |
| _____                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Titel/Vorname/Name |                          |                          |                          |                          | 4. Titel/Vorname/Name |                          |                          |                          |                          |

### Rechnungsanschrift

Praxis/Labor

Unterschrift/Stempel

Straße/Haus-Nr.

PLZ/Ort

Tel./Fax

Praxis-/Labor-E-Mail

Ich willige ein, zukünftig Informationen zu Veranstaltungen und Angeboten von Plandent per E-Mail zu erhalten.  
Mein Einverständnis kann ich jederzeit unter [datenschutz@plandent.de](mailto:datenschutz@plandent.de) widerrufen.

Mit Ihrer Anmeldung erklären Sie Ihr Einverständnis, dass wir Ihre Daten evtl. Kooperationspartnern zur Nutzung vorlegen dürfen (z.B. der Zahnärztekammer zur Vergabe von Fortbildungspunkten). Ihr Einverständnis können Sie jederzeit unter [akademie@plandent.de](mailto:akademie@plandent.de) widerrufen.

Weitere Veranstaltungen finden Sie unter: [www.plandent.de/veranstaltungen](http://www.plandent.de/veranstaltungen)

Abonnieren Sie unseren kostenlosen Plandent Newsletter unter: [www.plandent.de/newsletter](http://www.plandent.de/newsletter)