

## Fortbildung für das Praxisteam – Hygienemanagement in der Arztpraxis

Sehr geehrtes Praxisteam,

wir laden Sie herzlich zu oben stehendem Seminar **in Leer** ein.

Das Thema Hygiene beschäftigt uns tagtäglich und immer kommen neue Auflagen und Bestimmungen rein, die oft im Praxisalltag untergehen oder nicht verstanden werden. Vieles wissen Sie zwar, doch fehlt es oft an Kleinigkeiten bei der Umsetzung!

Genau da möchten wir ansetzen und Ihnen mit diesem Seminar einiges zum Thema „Hygiene“ erläutern und dabei ihr Wissen auffrischen. Wir geben Ihnen wichtige Tipps und Tricks mit an die Hand, die Ihnen bei der Umsetzung im Praxisalltag und auch bei der notwendigen Dokumentationserstellung helfen werden.

<b>Termin</b>	<b>Mittwoch, 4. September 2019   14.30-18.00 Uhr</b> 14.30 Uhr: Imbiss & Get together   15.00 – 18.00 Uhr: Seminar
<b>Ort</b>	<b>CAFE SCHÖNE AUSSICHTEN</b>   Tagungsraum Hafenvblick   Ledastr. 4   26789 Leer
<b>Kosten</b>	<b>45 Euro</b> pro Person inkl. Verpflegung in der Pause
<b>Inhalte/Programm</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Gesetzliche Vorgaben &amp; RKI Richtlinien</li> <li>■ Medizinproduktebetrieberverordnung</li> <li>■ Die richtige Umsetzung im Praxisalltag</li> <li>■ Hygieneplan</li> <li>■ Hände- und Flächendesinfektion</li> <li>■ MRSA/ 3MRGN /4MRGN</li> <li>■ Praxisbegehungen</li> <li>■ Dokumentationsanforderungen</li> </ul>

**Referentin** **Monika Pohlkamp**, Sendenhorst

**Meine Anmeldung zur Fortbildung am 04.09.2019 in Leer**  
**Fax 0800.83 43 240 (kostenfrei)**

(Bitte vollständig und in Druckbuchstaben gut lesbar ausfüllen! Danke!)

1. Teilnehmer | Titel, Vorname, Nachname \_\_\_\_\_ 2. Teilnehmer | Titel, Vorname, Nachname \_\_\_\_\_

**Rechnungsempfänger**       Praxisanschrift       Privatanschrift

Praxisname \_\_\_\_\_

Straße & Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ Ort \_\_\_\_\_

Telefon & Fax \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse (**für die Anmeldebestätigung**) \_\_\_\_\_

**Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung:**

Ich willige ein, dass die hier angegebenen personenbezogenen Daten von der amedes Medizinische Dienstleistungen GmbH GmbH gemäß Art. 6 DSGVO gespeichert und ausschließlich für folgende Zwecke verarbeitet und genutzt werden: (1) für die Erstellung und den Versand von Veranstaltungseinladungen und Newslettern (postalisch, per Fax oder per E-Mail) und (2) für das Veranstaltungsmanagement Hamburg (Teilnehmerlisten etc.). Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen.

**Anmelde- und Rücktrittsbedingungen:**

1. Anmeldung inklusive E-Mail-Adresse an uns senden. 2. Teilnahmegebühr nach Erhalt der Rechnung überweisen.
3. E-Mail-Anmeldebestätigung wird nach Eingang der Teilnahmegebühr versandt. (E-Mail-Adresse bitte oben angeben)

**Rücktrittsbedingungen:**

Eine kostenfreie Stornierung wird ausschließlich schriftlich innerhalb von 7 Werktagen vor der Veranstaltung anerkannt. Danach ist keine Erstattung mehr möglich. Der Veranstalter behält sich das Recht vor, die Veranstaltung aus wichtigen Gründen zu verschieben oder abzusagen. In dem Fall wird die Teilnahmegebühr erstattet. Weitergehende Ansprüche sind ausgeschlossen.

**Ich erkenne die Anmeldebedingungen an.**

Ort | Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift | (Praxis-) Stempel \_\_\_\_\_