

Bitte per E-Mail, Post oder per Fax  
zurück an die BZK Pfalz  
E-Mail: irene.oelmann@bzk-pfalz.de  
Fax: 0621/5929825-155

Bezirkszahnärztekammer Pfalz  
Irene Oelmann  
Donnersbergweg 2  
67059 Ludwigshafen

(Praxisstempel) WICHTIG

## Anmeldung (\*)

siehe Fußnote

### zur Berufsbegleitenden Aufstiegsfortbildung (BBA-Z) für ZFA als Zahnmedizinische/r Verwaltungsassistent/in (ZMV)

**Teilnehmer/in:**

Name: ..... Vorname: .....

Geb.-Name: ..... Geb.-Datum: .....

Geb.-Ort: ..... Tel.-Nr.: .....

E-Mail: .....

Straße: .....

Postleitzahl: ..... Wohnort: .....

**Zahnmedizinische/r Fachangestellte/r (ZFA/ZAH) in Praxis:**

.....  
(Name / Adresse)

**Der Anmeldung sind beigefügt: (Nur vollständige Anmeldungen können berücksichtigt werden)**

1. Urkunde über die bestandene Abschlussprüfung als Zahnmedizinische/r Fachangestellte/r (ZFA/ZAH) (Kopie)
2. Lebenslauf, der Angaben über die bisherige Tätigkeit als Zahnmedizinische/r Fachangestellte/r (ZFA/ZAH) enthalten soll
3. Teilnahmenachweis (Kopie) an **einem** der beiden Kurse „Ausbildung betrieblicher Ersthelfer“ oder einen für die Führerscheinprüfung erforderlichen Kurs „Erste-Hilfe-Ausbildung“ (**jeweils mindestens 9 Unterrichtsstunden**) (Nachweis bei Anmeldung nicht älter als ½ Jahr)  
*(Zu absolvieren bei: Deutsches Rotes Kreuz, Malteser-Hilfsdienst, Johanniter-Unfall-Hilfe, Samariterdienst o.ä.)*
4. Aktueller Nachweis über Kenntnisse im Strahlenschutz gem. § 49 StrlSchV (bitte Kopie der letzten Aktualisierung beifügen)
5. Bescheinigung des Praxisinhabers über die Bereitschaft, den praktischen Teil der Fortbildung (gem. § 7 Abs. 3, Satz 2 Fortbildungsordnung) zu übernehmen (siehe Anhang – Erklärung des Arbeitgebers)
6. Nachweis über die Teilnahme Ihres Arbeitgebers an einem Einführungsseminar betreffend BBA-Z (Kopie)

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Teilnehmer/in

.....  
Unterschrift Arbeitgeber/in

**(\*) Die Anmeldung ist für den/die Teilnehmer/in verbindlich und kann kostenfrei nur bis zu einer Frist von 8 Wochen vor Kursbeginn storniert werden; bei einem kurzfristigeren Rücktritt wird eine Bearbeitungsgebühr in Höhe von € 150,- fällig. Bei Nichtantritt eines Kursteiles wird die gesamte Kursgebühr fällig. Bei Abbruch eines Kursteiles durch den/die Teilnehmer/in besteht kein Anspruch auf Rückzahlung der Kursgebühr. Mit der Anmeldung erkennt der/die Teilnehmer/in bzw. der/die Arbeitgeber/in die Zahlungsbedingungen der Bezirkszahnärztekammer Pfalz an.**

## Erklärung des Arbeitgebers

Hiermit erkläre ich, dass

- ich einen Arbeitsplatz mit entsprechender technischer Ausstattung bereitstelle;
- ich die/den Zahnmedizinische/n Fachangestellte/n (ZFA/ZAH) für **alle** Veranstaltungen des theoretischen Unterrichts **freistelle**;
- ich mich verpflichte, die/den Zahnmedizinische/n Fachangestellte/n (ZFA/ZAH) in den praktischen Tätigkeiten (z. B. Abrechnung) entsprechend den jeweiligen Anforderungen auszubilden;
- ich mich verpflichte, mich für die Durchführung der Kurse der Aufsicht der Landeszahnärztekammer Rheinland-Pfalz zu unterstellen.

### **Zusätzliche Angaben:**

(WICHTIG - bitte ankreuzen)

- Die Kursgebühr trägt der/die Arbeitgeber/in  
(ACHTUNG: Die Kursgebühren werden per Rechnung erhoben)
- Die Kursgebühr trägt der/die Arbeitnehmer/in (Rechnung)

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Teilnehmer/in

.....  
Unterschrift Arbeitgeber/in

### **Hinweis an Teilnehmer/in zum Datenschutz:**

Bei der Fort- und Weiterbildung werden Bildaufnahmen angefertigt. Diese können im Rahmen der Information über die Veranstaltung und zur Veröffentlichung auf der Internetseite sowie in Printmedien verwendet werden.

**Mit Ihrer Unterschrift erfolgt die Einverständniserklärung.**

(Bei Nichtzustimmung entstehen Ihnen selbstverständlich keine Nachteile bei der Kursteilnahme)

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Teilnehmer/in