

QM-Pflichtschulung

KOMPAKT Hamburg

Arbeitsicherheit | Hygiene | Notfall |
Datenschutz

Veranstalter

marmed e.K.
Assenkoppeln 3
24787 Fockbek



☎ 04331 - 69 61 211
☎ 04331 - 69 61 229
✉ info@mar-med.de
f /DerPraxisversorger
mar-med.de

Veranstaltungsort

Junges Hotel Hamburg Betriebsges. mbH
Kurt-Schumacher-Allee 14
20097 Hamburg

Kursdaten

Samstag, 20.10.2018 von 08:30 bis 17:00 Uhr

Investitionen

Gebühr pro Teilnehmer: **159,- € (inkl. MwSt.)**

Inklusive

Seminarunterlagen, Teilnehmerzertifikat,
Kalt-/Warm-Getränke, Verpflegung

Bei Rückfragen steht Ihnen unsere Fortbildungsabteilung
unter 04331 6961-213 gern zur Verfügung.

FAX-ANMELDUNG (0 43 31) 6961 - 229



Arbeitsicherheit / Brandschutz

- Unterweisungen im Arbeits- und Gesundheitsschutz unter Einhaltung der Unfallverhütungsvorschriften (DGUV Vorschrift 2) vorgeschriebenen Maßnahmen.
- Arbeitsrelevante Gefahren, denen die Beschäftigten bei Ihrer betrieblichen Tätigkeit ausgesetzt sind.
- Schutzmaßnahmen zur Abwendung dieser Gefahren.

Desinfektion & Hygiene in der Arztpraxis

- Gesetzliche Grundlagen: Medizinproduktegesetz
- Händehygiensystem: Desinfektion, Reinigung, Pflege, Handschuhe
- Flächendesinfektion: Wirkstoffe, Mikrobiologie, Durchführung, Desinfektions-Plan
- Praktische Übungen

Notfallmanagement in der Arztpraxis

- Erkennen und Diagnostik von Notfällen
- Basic Life Support / Advanced Life Support
- Praxistraining: Reanimation nach den AHA & ERC Guidelines

Datenschutz

- Ärztliche Schweigepflicht, rechtliche Grundlagen
- Datenerhebung / Datenspeicherung

Anmeldung Teilnehmer (bitte vollständig und leserlich für das Zertifikat, ggf. auf Extrablatt)

Vorname / Name

Ihre Rechnungsanschrift: Arbeitgeber Privat

Praxis / Klinik

Ansprechpartner

Straße

PLZ / Ort

Telefon (ggf. mit Durchwahl)

E-Mail

Mit meiner Unterschrift erklären ich, dass ich mit den
AGB, siehe www.mar-med.de, einverstanden bin.

Ort / Datum

Unterschrift

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige / n ich / wir die Firma marmed widerruflich, fällige Rechnungen aus
Schulungen zulasten meines / unseres Kontos durch Lastschrift einzuziehen.

Bank

IBAN / BIC

Kontoinhaber (falls abweichend)

Wenn mein / unser Konto die erforderliche Deckung
nicht aufweisen sollte, besteht seitens der
kontoführenden Bank keine Verpflichtung zur Einlösung.

Ort, Datum

Unterschrift

Praxisstempel

Alle Infos zu unseren Kursen
finden Sie auf
[mar-med.de / fortbildungen](http://mar-med.de/fortbildungen)