

## Online-Hygienschulung

# Basishygiene in der Arztpraxis

ambulant medizinischer Bereich

### Veranstalter

marmed GmbH & Co. KG  
Assenkoppeln 3, 24787 Fockbek



☎ 04331 69612-11 📠 04331 69612-29

✉ [moin@mar-med.de](mailto:moin@mar-med.de) 🌐 [mar-med.de](http://mar-med.de)



**Veranstaltungsort** online via Microsoft Teams

### Kursdaten

Mittwoch, 04.11.2026, 14:30–16:00 Uhr

### Referentin

Kati Hoffmann, Fachberaterin HARTMANN



### Investition

Gebühr pro Person € 25,- (netto, zzgl. MwSt.)

Sie erhalten einen persönlichen Online-Zugang sowie ein digitales Teilnahme-Zertifikat.



## Kursinhalte

Hygienegrundlagen im ambulanten, medizinischen Bereich, mit dem Themenschwerpunkt Flächenhygiene:

- Hintergrundinformationen
- Reinigung vs. Desinfektion
- Routine- und gezielte Desinfektion
- Durchführung & Anwendung
- Flächenbeschaffenheit
- besondere Hinweise für die Praxis

Rückfragen senden Sie gern an unser Fortbildungs-Team:

✉ [fortbildungen@mar-med.de](mailto:fortbildungen@mar-med.de)

Formular zum Ausfüllen am PC

**Kursanmeldung** – bitte vollständig und gut lesbar ausfüllen –  
an: [fortbildungen@mar-med.de](mailto:fortbildungen@mar-med.de) oder Fax: 04331 6961-229

online:  
[mar-med.de / fortbildungen.html](http://mar-med.de/fortbildungen.html)



Ihren Zugangslink erhalten Sie etwa eine Woche vor Veranstaltung an die angegebene E-Mail-Adresse. Sie möchten weitere Personen anmelden? Nutzen Sie dafür gern unser gegenseitiges Formular.

Vorname, Name und E-Mail-Adresse der teilnehmenden Person

**Rechnungsanschrift**  Bestandskunde, bitte übliche Zahlungsmethode verwenden. (Praxisstempel ausreichend)

Praxis / Klinik

Ansprechperson

Straße

PLZ / Ort

Telefon (ggf. mit Durchwahl)

E-Mail

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich mit den AGB, siehe [mar-med.de](http://mar-med.de), einverstanden bin.

Ort, Datum

Unterschrift

**SEPA-Lastschriftmandat:** Ich/wir ermächtige/n die **marmed GmbH & Co. KG**, Assenkoppeln 3, 24787 Fockbek, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. **Gläubiger-ID:** DE68ZZZ00002394548 / **Mandatsreferenz** entspricht der Kundennummer

Bank

IBAN / BIC

Kontoinhaber (falls abweichend)

wiederkehrende Zahlung

einmalige Zahlung

Ort, Datum

Unterschrift

Praxisstempel

Teilnehmende benötigen jeweils eine **individuelle E-Mail-Adresse** für ihren persönlichen Zugang.



**Bitte je Vorname, Name und E-Mail-Adresse eintragen:**

A series of horizontal dotted lines for data entry.