

## **Online-Fortbildung für Praxisinhaber und Hygienebeauftragte niedergelassener Arztpraxen**

**„Hygiene in der Arztpraxis“**  
unter Berücksichtigung gesetzlicher Vorgaben  
nach IfSG, RKI und TRBA

### **Referent Klaus Stablo**

Fachkrankenschwester für Krankenhaushygiene  
und Infektionsprävention

### **Inhalte der Fortbildungsveranstaltung**

- Hygienerecht
- Nosokomiale Infektionen
- Kontrollorgane in der ärztlichen Praxis
- Aufgaben der/des Hygienebeauftragten
- Erstellung eines Hygienekonzeptes – Ablauf und Inhalt
- Häufige in Arztpraxen vorgefundene Mängel
- Praktische Beispiele und Umsetzung
- Personalhygiene
- Hygienische Händedesinfektion

Die Teilnahmegebühr in Höhe von € 24,00 pro Person oder € 60,00 pro Praxis (zzgl. MwSt.) beinhaltet die Kosten für die Fortbildung und Schulungsunterlagen. Aus organisatorischen Gründen bitten wir unbedingt um eine verbindliche Anmeldung bis spätestens 2 Wochen vor der Veranstaltung mittels beiliegendem Anmeldeformular.

Als Teilnahmebestätigung erhalten Sie ca. 6 Wochen vor der Veranstaltung die Rechnung über die Teilnahmegebühr sowie die Schulungsunterlagen. Eine Stornierung der Anmeldung ist bis 2 Wochen vor dem Fortbildungstermin kostenfrei möglich.

Ca. 2 Wochen vor der Veranstaltung erhalten Sie einen Link per Mail, mit dem Sie an der Online-Fortbildung teilnehmen können.

Die Teilnehmer/innen / Praxen erhalten nach der Fortbildung ein Zertifikat.

FAX-ANTWORT an 0 26 25 . 95 88 200

Hiermit melde ich mich verbindlich an zur  
Fortbildung für Praxisinhaber  
und Hygienebeauftragte niedergelassener Arztpraxen  
**„Hygiene in der Arztpraxis“**

unter Berücksichtigung gesetzlicher Vorgaben nach IfSG, RKI und TRBA

Mi 16.03.2022	<input type="checkbox"/>
Mi 06.04.2022	<input type="checkbox"/>
Mi 04.05.2022	<input type="checkbox"/>
Mi 06.07.2022	<input type="checkbox"/>
Mi 07.09.2022	<input type="checkbox"/>
Mi 02.11.2022	<input type="checkbox"/>

**Uhrzeit:** jeweils von 14:00 Uhr – 17:00 Uhr

1. ....  
Vorname, Name (Bitte in Druckbuchstaben!)

2. ....  
Vorname, Name (Bitte in Druckbuchstaben!)

3. ....  
Vorname, Name (Bitte in Druckbuchstaben!)

.....  
Datum und Unterschrift                      Praxisname/Stempel

.....  
Ihre Mail-Adresse (Bitte in Druckbuchstaben!)