

Seminareinladung

„Hygiene in der Arztpraxis“

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,
liebes Praxisteam,

ein Dauerthema, das die verantwortungsvolle Mitarbeit des ganzen Praxis-Teams immer wieder neu fordert.

Beispiele aus dem Praxisalltag helfen Ihnen zu überprüfen, inwieweit Sie die Hygienevorschriften (RKI Richtlinien, Infektionsschutzgesetz, TRBA 250) in Ihrer Praxis umsetzen oder welche Veränderungen sinnvoll wären.

Wir möchten Ihnen hierzu ein Seminar anbieten am

Mittwoch, 13. Juni 2018 von 15.00 bis 18.00 Uhr

Wir freuen uns, dass wir Frau Edith Burkhard
Hygienebeauftragte, MFA Qualitätsmanagement-Fachkraft,
als Referentin für diese Veranstaltung gewinnen konnten.

Programm

15.00 Uhr Begrüßung Frau Georg Bettina, Geschäftsführung
Fachärztin für Mikrobiologie und Laboratoriumsmedizin

15.15 Uhr Inhalte:

Rechtliche Grundlagen:

- Gesetze, Verordnungen
- RKI Richtlinien
- TRBA 250

Allgemeine Hygienemaßnahmen:

- Funktionelle und bauliche Anforderungen

Hygieneplan:

- Erstellung/Gliederung eines Hygieneplans

16.15 Uhr Pause

16.30 Uhr Spezielle Hygienemaßnahmen

- Händehygiene
- Hautdesinfektion
- Personalhygiene
- Flächendesinfektion
- Instrumentenaufbereitung
- Medizinprodukteaufbereitung
- Abfallentsorgung

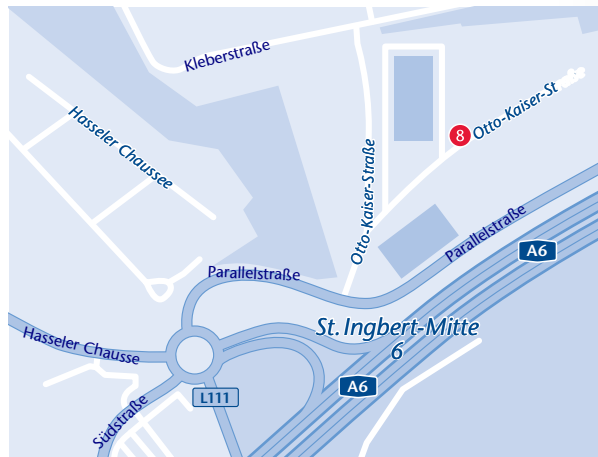
18.00 Uhr Ende der Veranstaltung

Die Zertifizierung der Veranstaltung durch die Ärztekammer Saarland ist beantragt.

Die Teilnahmegebühr beträgt 59,-€ zzgl. MwSt.
(bezahlen Sie bitte nach Erhalt der Rechnung)

Veranstaltungsort

MVZ Labor Saar GmbH
Otto-Kaiser-Straße 8a
66386 St. Ingbert



Sollten Sie über die Autobahn A6 zu uns kommen, fahren Sie die Abfahrt Nr. 6 (St. Ingbert Mitte) ab. Die Otto-Kaiser-Str. ist nur über Google Maps zu finden, zur Orientierung bitte Parallelstraße in Ihr Navigationssystem eingeben.

Zur Anmeldung nutzen Sie bitte das Faxformular.
Wir freuen uns auf Ihr Kommen!
Ihr Team vom MVZ Labor Saar



LABORDIAGNOSTIK
MVZ LABOR SAAR

Medizinisches Versorgungszentrum Labor Saar GmbH
Otto-Kaiser-Str. 8a · 66386 St. Ingbert
Telefon 06894 9550-100 · Telefax 06894 9550-309
www.mvz-labor-saar.de



LABORDIAGNOSTIK
MVZ LABOR SAAR

PRAXISWISSEN

„Hygiene in der Arztpraxis“

13. Juni 2018 in St. Ingbert





Anmeldeformular

zum Seminar „Hygiene in der Arztpraxis“ am 13. Juni 2018.

Bitte per Telefax an 06894 9550-309

Medizinisches Versorgungszentrum Labor Saar GmbH, Otto Kaiser-Str.8a, 66386 St.Ingbert, Telefon 06894.9550-386
Hiermit melde ich mich **verbindlich** zur Veranstaltung am **Mittwoch, 13. Juni 2018**, von 15.00 bis 18.00 Uhr an.

(Bitte das Anmeldeformular bei Bedarf kopieren)

Anrede: Frau Herr

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Nachname

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Titel

Vorname

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Fachrichtung

Anschrift: Praxis

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Straße/Hausnummer

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Postleitzahl

Ort

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Vorwahl

Telefonnummer

Faxnummer

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

E-Mail-Adresse

Datum

(Praxis) Stempel/Unterschrift