Anmeldung zur
Abschlussprüfung Zahnmedizinische Fachangestellte (ZFA)

Hiermit melden wir folgende Auszubildende zur Abschlussprüfung ZFA an:

Name der Auszubildenden:.....

Anschrift:.....

Beginn der Ausbildung:.....

Ausbildungsnachweis

Es wurde ausgebildet in

1.	**Der Ausbildungsbetrieb**	
1.1	Stellung der Praxis im Gesundheitswesen	ja/nein
1.2	Organisation, Aufgaben, Funktionsbereiche und Ausstattung des Ausbildungsbetriebes	ja/nein
1.3	Gesetzliche und vertragliche Regelungen der zahnmedizinischen Versorgung	ja/nein
1.4	Berufsbildungs-, Arbeits- und Tarifrecht	ja/nein
1.5	Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit	ja/nein
1.6	Umweltschutz	ja/nein
2.	**Durchführen von Hygienemaßnahmen**	
2.1	Infektionskrankheiten	ja/nein
2.2	Maßnahmen der Arbeits- und Praxishygiene	ja/nein
3.	**Arbeitsorganisation, Qualitätsmanagement**	
3.1	Arbeiten im Team	ja/nein
3.2	Qualitäts- und Zeitmanagement	ja/nein
4.	**Kommunikation, Information und Datenschutz**	
4.1	Kommunikationsformen und –methoden	ja/nein
4.2	Verhalten in Konfliktsituationen	ja/nein
4.3	Informations- und Kommunikationssysteme	ja/nein
4.4	Datenschutz und Datensicherheit	ja/nein
5.	**Patientenbetreuung**	ja/nein
6.	**Grundlagen der Prophylaxe**	ja/nein
7.	**Durchführen begleitender Maßnahmen bei der Diagnostik und Therapie unter Anleitung und Aufsicht des Zahnarztes**	
7.1	Assistenz bei der zahnärztlichen Behandlung	ja/nein
7.2	Röntgen und Strahlenschutz	ja/nein
8.	**Hilfeleistung bei Zwischenfällen und Unfällen**	ja/nein
9.	**Praxisorganisation und –verwaltung**	
9.1	Praxisabläufe	ja/nein
9.2.	Verwaltungsarbeiten	ja/nein
9.3	Rechnungswesen	ja/nein
9.4	Materialbeschaffung und –verwaltung	ja/nein
10.	**Abrechnung von Leistungen**	ja/nein

Gesehen:..... .....

(Unterschrift Auszubildende) Datum

....

Unterschrift des Ausbildenden Praxisstempel