

# Weiterbildungscurriculum

## Oralchirurgie



### Information:

Im Weiterbildungscurriculum Oralchirurgie werden theoretische und praktische Inhalte nach der Weiterbildungsordnung vom 22.01.2014 vermittelt.

---

Starttermin:	23. Oktober 2019
Kurs Nr.:	10073-19002
Umfang:	45 Veranstaltungstage einschließlich DVT-Sach- und Fachkunde sowie Laserfachkunde
Zeitraum:	24 Monate
Kursgebühr:	€ 435,- inkl. 19% MwSt. pro Monat
Kursort:	FAZH GmbH, Rhonstr. 4, 60528 Frankfurt
Ansprechpartnerin:	Silvia Tragesser, Tel.: 069 427275-193, E-Mail: tragesser@fazh.de

---

### Bitte beachten Sie:

Eine Teilnahme ist nur für Weiterbildungsassistenten/-innen möglich, die eine Arbeitsstelle in einer ermächtigten Praxis haben.

Sie haben Fragen zur Weiterbildung?

Informationen finden Sie unter [www.lzkh.de/Zahnärzte/Weiterbildung](http://www.lzkh.de/Zahnärzte/Weiterbildung)

Frau Ostien-Müller, Tel.: 069 427275-161, E-Mail: ostien-mueller@lzkh.de,  
steht Ihnen gerne beratend zur Verfügung.

# Anmeldung Weiterbildungscurriculum Oralchirurgie



Bitte in Druckbuchstaben ausgefüllt  
per Fax an 069 427275-194 oder seminar@fazh.de

## Weiterbildungsassistent/-in:

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Geburtsort \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_  
Straße Haus-Nr. \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

## Arbeitgeber:

Name \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
Straße, Haus-Nr. \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Die Gebühren werden **ab dem 01.10.2019 mit einer Monatsrate von € 435,- incl. MwSt.** über einen Zeitraum von 24 Monaten abgebucht. Die Abbuchungen erfolgen jeweils am 1. Tag jedes Kalendermonats. Die für Hands-on-Anteile erforderliche Instrumente und Materialien sind in der Teilnahmegebühr nicht enthalten und sind von den Teilnehmern selbst zu stellen.

## Bitte buchen Sie die Raten von folgendem Konto ab:

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE55FZH00000556826; Mandatsreferenz: wird auf der Rechnung mitgeteilt

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die FAZH GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der FAZH GmbH auf mein Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
Kreditinstitut (Name und BIC)

IBAN: D E \_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ Kontoinhaber \_\_\_\_\_

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass ich ohne die Erteilung der Abbuchungserlaubnis nicht am Weiterbildungscurriculum teilnehmen kann.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des Kontoinhabers \_\_\_\_\_

Die FAZH erhebt, verarbeitet und speichert die von Ihnen eingegebenen Daten ausschließlich zum Zwecke der Verarbeitung Ihrer Anmeldung und gemäß den Regelungen der DSGVO. Der Schutz Ihrer Daten ist uns sehr wichtig. Im Anhang finden Sie unsere Datenschutzerklärung.

Einwilligung:  Ich bestätige, dass ich die Datenschutzerklärung der FAZH gelesen und verstanden habe

Eine Bearbeitung der Anmeldung ohne Ihre Einwilligung ist uns leider nicht möglich. Hierfür bitten wir um Ihr Verständnis.

## Wird von der Weiterbildungsstelle der LZKH ausgefüllt!

Der/die o. g. Assistent/-in durchläuft eine Weiterbildung seit \_\_\_\_\_

Die Angaben zur Weiterbildungsstätte entsprechen unseren Informationen

Ja  Nein

Frankfurt, den \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

# Datenschutzerklärung der Fortbildungsakademie Zahnmedizin Hessen GmbH

Die Fortbildungsakademie Zahnmedizin Hessen GmbH, bietet Veranstaltungen und Kurse zu folgenden Bereichen an:

- der kursorischen zahnärztlichen Fortbildung
- der curricularen zahnärztlichen Fortbildung
- die Fort- und Weiterbildung von Praxismitarbeiter/-innen

Der Betrieb der Fortbildungsakademie Zahnmedizin Hessen GmbH und insbesondere die Abwicklung der Anmeldung zu Veranstaltungen und Kursen bedingen naturgemäß die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung bestimmter personenbezogener Daten. Wir legen höchsten Wert auf Datenschutz und Datensicherheit und beachten die jeweils einschlägigen Datenschutzbestimmungen nach dem Bundesdatenschutz- und Telemediengesetz.

## 1. Wer ist in der Fortbildungsgesellschaft für den Datenschutz verantwortlich und wer vertritt die Gesellschaft rechtlich?

In der Fortbildungsakademie Zahnmedizin Hessen GmbH ist für den Datenschutz die Geschäftsführerin Dr. Cornelia Panthen, Tel: 069 / 42 72 75 - 190, Fax: 069 / 42 72 75 - 194, E-Mail: panthen@fazh.de verantwortlich und steht Ihnen bei Fragen zur Verfügung.

Dr. Cornelia Panthen wird vertreten durch den stellvertretenden Geschäftsführer Jörg Ehlert, Telefon: 069 427275-181, Fax: 069 / 42 72 75 - 194, E-Mail: ehler@lzkh.de.

## 2. Wer ist in unserer Fortbildungsgesellschaft als Datenschutzbeauftragter bestellt?

Für die Fortbildungsakademie Zahnmedizin Hessen GmbH ist als Datenschutzbeauftragter Herr Dr. Jörg Kümmerlen, secopan GmbH, Am Schoenblick 14, 71229 Leonberg, E-Mail: datenschutz@secopan.de, bestellt.

## 3. Welche personenbezogenen Daten erheben wir?

Ihre Daten werden dadurch erhoben, dass Sie uns diese mitteilen. Hierbei kann es sich z.B. um Daten handeln, die Sie in ein Anmeldeformular eingeben.

Folgende persönliche Daten verarbeiten wir:

- Anrede, Vor-, Nachname, Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort, Land, Geburtsort, Geburtsdatum
- Je nach gewählter Zahlungsart kommt es vor, dass Sie weitere Daten, insbesondere Konto- oder sonstige Zahlungsdaten, angeben müssen.

Neben den Pflichtangaben besteht zusätzlich die Möglichkeit, weitere Daten zu Ihrer Person anzugeben, z.B. Ihre Telefon- und/oder Faxnummer, um die Anmeldung einfacher zu handhaben oder Rückfragen zu ermöglichen.

Personen unter 18 Jahren sollten ohne Zustimmung der Eltern oder Erziehungsberechtigten keine personenbezogenen Daten an uns übermitteln. Wir fordern keine personenbezogenen Daten von Kindern und Jugendlichen an. Wissentlich sammeln wir solche Daten nicht und geben sie auch nicht an Dritte weiter. Eine Vorrichtung zum Schutz einer Übermittlung personenbezogener Daten durch Minderjährige besteht allerdings nicht.

## 4. Welchem Zweck dienen Ihre Daten und mit welcher Rechtfertigung dürfen wir diese nutzen? Wie lange werden die Daten gespeichert?

Die vorstehenden Daten verwendet die Fortbildungsakademie Zahnmedizin Hessen GmbH ausschließlich dazu, die Veranstaltung abzuwickeln und den Vertrag durchzuführen. Ihre Daten benötigt wir, um die geschlossenen Verträge durchführen und erfüllen zu können. Wir nutzen die Daten für die Ausführung, die Abwicklung der Zahlungen und alle weiteren im Rahmen der Vertragserfüllung notwendigen Handlungen.

Anfallende Daten löschen wir, nachdem die Speicherung nicht mehr erforderlich ist oder schränken die Verarbeitung ein, falls gesetzliche Aufbewahrungspflichten bestehen (Rechtsgrundlage ist Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. b DSGVO).

## 5. Bild- und Tonmaterial

Auf Veranstaltungen erstellte Medien (insbesondere Bildmaterial) von Vorträgen, Workshops, Podiumsdiskussionen o.ä. und den Teilnehmern dürfen zur Dokumentation von dem Veranstalter verwendet werden, jedoch nicht für kommerzielle Zwecke verwendet werden. Sollte ein Teilnehmer der Veranstaltung mit der Veröffentlichung persönlicher Medien nicht einverstanden sein, so hat er dies in Textform dem Veranstalter vor Veranstaltungsbeginn mitzuteilen.

## 6. Übermittlung von Bestands- und Inhaltsdaten an Dritte

Wir werden Ihre personenbezogenen Daten im Rahmen der mit Ihnen geschlossenen Verträge an Dritte übermitteln, soweit dies zur Erfüllung der Verträge erforderlich ist. Dies betrifft zum Beispiel Dienstleister für den Versand der Korrespondenz. Selbstverständlich werden die Dienstleister von der Fortbildungsakademie Zahnmedizin Hessen GmbH ihrerseits dazu verpflichtet, die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen einzuhalten.

Im Übrigen übermitteln wir Daten ausschließlich dann an Dritte, wenn und soweit

- es zur Durchführung der bestehenden Vertragsverhältnisse oder zur Durchsetzung uns zustehender Ansprüche notwendig ist,
- wir gesetzlich dazu verpflichtet werden oder durch ein Gericht entsprechend verpflichtet wurden und
- wenn es sich um Anfragen von behördlichen Organen, insbesondere Strafverfolgungs- und Aufsichtsbehörden, handelt, wenn und soweit dies zur Abwehr von Gefahren für die öffentliche Sicherheit und Ordnung sowie zur Verfolgung von Straftaten erforderlich ist.

**7. Wo finde ich Informationen zur Datenverarbeitung der elektronischen Angebote der Fortbildungsakademie Zahnmedizin Hessen GmbH?**

Die Datenschutzerklärung zu unserer Internetseite und unseren sonstigen elektronischen Informationsangeboten finden Sie unter „Datenschutzerklärung“ auf [www.fazh.de](http://www.fazh.de).

**8. Welche Rechte haben Sie im Zusammenhang mit dem Datenschutz?**

Sie haben gegenüber uns folgende Rechte hinsichtlich der Sie betreffenden personenbezogenen Daten:

- Recht auf Auskunft,
- Recht auf Berichtigung oder Löschung,
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung,
- Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung,
- Recht auf Datenübertragbarkeit.

**9. Wie können Sie sich ggf. beschweren?**

Sie haben die Möglichkeit, sich über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns zu beschweren:  
Hessischen Datenschutzbeauftragter, Herr Prof. Dr. Michael Ronellenfitsch, Postfach 31 63, 65021 Wiesbaden

# Weiterbildungscurriculum Oralchirurgie



## Bestätigung der Weiterbildungspraxis

Hiermit bestätige ich

Frau/Herr: \_\_\_\_\_

Praxisanschrift: \_\_\_\_\_

als ermächtigte Zahnärztin bzw. ermächtigter Zahnarzt, dass ich im Rahmen der Weiterbildung Oralchirurgie

Frau/Herrn: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

während der gesamten Dauer des Curriculum Oralchirurgie 2019 (Oktober 2019 bis September 2021) als Weiterbildungsassistent/in beschäftige und einen Arbeitsvertrag vereinbart habe, in dem ich die Assistentin bzw. den Assistenten für die Zeiten der Teilnahme an diesem Curriculum in der Praxis freistelle.

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift