

Schaffhauserstr. 104

Postfach, 8152 Glattbrugg

Tel. 044 363 04 17

Fax 044 350 02 88

[www.szda.ch](http://www.szda.ch)

[info@szda.ch](mailto:info@szda.ch)

Für DentalassistentInnen und ZahnärztInnen die den Kurs der SterilgutassistentIn besuchen

Glattbrugg, Schuljahr 2019/20

**WEITERBILDUNG STERILGUTASSISTENTIN / STERILGUTASSISTENT**

**für DentalassistentInnen und ZahnärztInnen**

Sehr geehrte Damen und Herren

Die Schule Zürich für DentalassistentInnen SZDA hat in enger Zusammenarbeit mit dem Kantonszahnärztlichen Dienst und der Kantonalen Heilmittelkontrolle Zürich den Kurs zur SterilgutassistentIn ausgearbeitet.

Der Kurs beinhaltet folgende Themen:

* Gesetzliche Grundlagen nach Swissmedic
* Auffrischung Mikrobiologie
* Ablauf Sterilisationszonen
* Dokumentations- und Beweispflicht

Datum: Donnerstag, 5. März 2020

Zeit: 13.00 Uhr bis 19.00 Uhr (inkl. Pausen)

Ort: Berufsfachschule Winterthur, Pionierpark, Zürcherstrasse 7, 8400 Winterthur

3. Stock, Praxisräume

Preis: Fr. 600.00 (inkl. Snack)

Wir können pro Kurs höchstens 10 TeilnehmerInnen berücksichtigen. Bei Interesse melden Sie sich so schnell wie möglich mit dem beiliegenden Anmeldeformular an.

Vielen Dank.

SZDA SZDA

Schule Zürich für Dentalassistentinnen Schule Zürich für Dentalassistentinnen

Postfach Postfach

Schaffhauserstrasse 104 Schaffhauserstrasse 104

8152 Glattbrugg 8152 Glattbrugg

Bitte beachten Sie, dass nur vollständig ausgefüllte Anmeldungen berücksichtigt werden

und Änderungen rechtzeitig mitgeteilt werden müssen. Danke.

**Anmeldung SterilgutassistentIn**

|  |  |
| --- | --- |
| Name: | Vorname: |
| Strasse: | Tel.-Nr.: |
| PLZ und Ort: | Kanton: |
| Erreichbar unter Tel.Nr.: | |
| E-Mail-Adresse: | Geburtsdatum: |

**Ich bin:**

**□** Zahnarzt/Zahnärztin

**□** Dentalassistentin EFZ/Dentalassistent EFZ

**Vollständige Adresse mit Tel-Nr. der Arbeitgeberin/ des Arbeitgebers:**

|  |  |
| --- | --- |
| Name: | Vorname: |
| Strasse: | Tel.-Nr.: |
| PLZ und Ort: | Kanton: |

**□ Ich bestätige mit dieser Anmeldung die verbindliche Teilnahme des Kurses und habe die Allgemeinen Geschäftsbestimmunge Sterilgutassistent/Sterilgutassistentin zur** **Kenntnis genommen**

|  |  |
| --- | --- |
| Datum: | Unterschrift: |