

# Neues Seminar!



Die ZKN



Praxis und Team



Patienten



Publikationen



## Workshop zum/zur Brandschutzhelfer/in

**Dieses Schulungsangebot richtet sich an Zahnärztinnen/Zahnärzte und deren Mitarbeiter/-innen.**

Die Zahnärztekammer Niedersachsen bietet diese Workshops in Kooperation mit der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe an. Nach dem Arbeitsschutzgesetz besteht auch für Zahnarztpraxen die Pflicht, geeignete Maßnahmen zur Brandbekämpfung und zur Evakuierung vorzubereiten und zu planen. Dazu sind geschulte Brandschutzhelfer zu bestellen.

In der Schulung zum/r Brandschutzhelfer/in wird den Teilnehmern von in der Brandbekämpfung erfahrenen Referenten alles dafür Notwendige vermittelt. Die Ausbildung besteht aus einem Theorieteil sowie einer praktischen Löschübung am Brandsimulator.

### Schulungsinhalte

#### 1. Teil (Theorie)

- Grundzüge des Brandschutzes
- Betriebsspezifische Brandgefahren/Zündquellen
- Betriebliche Brandschutzorganisation
- „Brandschutzordnung – Regeln für das Erstellen und das Aushängen“, Alarmierungswege und –mittel, Brandschutzeinrichtungen, Sicherstellung des eigenen Fluchtweges, Sicherheitskennzeichnung nach ASR A1.3 „Sicherheits- und Gesundheitsschutzkennzeichnung“
- Funktion und Wirkungsweise von Feuerlöscheinrichtungen
- Gefahren durch Brände
- Verhalten im Brandfall

#### 2. Teil (Praktisch)

- Handhabung und Funktion, Auslösemechanismen von Feuerlöscheinrichtungen
- Löschtaktik und eigene Grenzen der Brandbekämpfung
- Realitätsnahe Übung mit Feuerlöscheinrichtungen am Brandsimulator
- Wirkungsweise und Leistungsfähigkeit der Feuerlöscheinrichtung erfahren

In der Theorie werden den Teilnehmern Grundzüge des Brandschutzes, wie z. B. häufige Brandursachen und Brandbeispiele vermittelt. Darüber hinaus wird das Verhalten im Brandfall simuliert:

- Wie bediene ich die Feuerlöscheinrichtung ohne mich selbst zu gefährden?
- Wie müssen die Fluchtwege ausgeschildert werden?
- Wie stelle ich sicher, dass Mitarbeiter und Patienten den geeigneten Fluchtweg nutzen?

Der anschließende spannende praktische Teil umfasst Hilfestellungen zur richtigen Löschtaktik und realitätsnahe Übungen mit dem Feuerlöscher am Brandsimulator.

Hier legen die Brandschutzexperten besonderen Wert darauf, dass die Teilnehmer die Wirkungsweise und Leistungsfähigkeit des Feuerlöschers kennen lernen.

Durch diesen Kurs werden die Teilnehmer befähigt, nach der Einweisung in die individuellen Gegebenheiten der Praxis als Brandschutzhelfer/in bestellt zu werden.



Anmeldevordruck auf der Rückseite

**Anmeldung zum Schulungsangebot „Brandschutzhelfer“:**

Zielgruppe: Zahnärztinnen/Zahnärzte und deren Mitarbeiter/-innen.  
Die Schulung erfolgt in Kooperation der Zahnärztekammern Niedersachsen und Westfalen-Lippe.

Sofern Sie Mitarbeiter/innen als Brandschutzhelfer/in qualifizieren lassen möchten, schicken Sie uns bitte das ausgefüllte Formular zurück. Bitte kreuzen Sie Ihren Wunschtermin an – die Anmeldungen werden in der Reihenfolge des Eingangs berücksichtigt. Wir bestätigen Ihnen dann umgehend den verbindlichen Schulungstermin.

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname der teilnehmenden Personen

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname der teilnehmenden Personen

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname der teilnehmenden Personen

**Schulungstermine 2017:**

Kursdatum:	Durchgang:	Kursnummer:	Anmeldung:
Freitag, 22.09.2017	15:00 – 18:00	01-17.887836	ausgebucht!
Samstag, 23.09.2017	08:30 – 11:30	02-17.887837	
	10:15 – 13:15	03-17.887838	
	12:00 – 15:00	04-17.887839	

**Kursgebühr (Zutreffendes bitte ankreuzen):**

- Für Praxen, die am BuS-Dienst teilnehmen, zahlt jeder Teilnehmer 110 €.
- Für Praxen, die nicht am BuS-Dienst teilnehmen, beträgt die Gebühr 120 € pro Person.

Datum / Unterschrift: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**>>wiederkehrendes SEPA Basis-Lastschriftmandat <<**

**Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 73ZZZ00000463770**

Ich ermächtige die Zahnärztekammer Westfalen-Lippe, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Mandatsreferenz  
(ggf. von ZÄKWL auszufüllen)

\_\_\_\_\_  
Mandatsreferenz (Mitglieds-/Teilnehmer-Nr.)

Kontoinhaber

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ und Ort

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut (Name)

\_\_\_\_\_  
BIC

DE \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
IBAN

**Bitte um Zusendung einer Rechnung.**



(alternativ zur Lastschrift ankreuzen)

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Anmeldung bitte zurücksenden an die ZKN:**

**Daniela Schmoe**

**Fax: 0511- 83391 306**

**E-Mail: dschmoe@zkn.de**