

F Z P

FACHWIRTIN / FACHWIRT FÜR ZAHNÄRZTLICHES PRAXISMANAGEMENT

=====

Der Beginn des **4. FZP-Lehrgangs** der Zahnärztekammer Nordrhein ist für April 2025 geplant. Die **Aufnahmeprüfung** findet am **22. Februar 2025** statt und umfasst die Gebiete: **Abrechnung, Praxisorganisation und -management und Deutsch und Allgemeinbildung.**

Der **FZP-Lehrgang** wird ca. 1 Jahr dauern. In 462 Unterrichtsstunden werden berufs begleitend qualifizierte Kenntnisse in folgenden Gebieten vermittelt:

- A: Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement**
- B: Abrechnungswesen**
- C: Betriebswirtschaftliche Praxisorganisation**
- D: Informationstechnologie und Kommunikationssysteme**
- E: Personalwesen und Kommunikationsmanagement**
- F: Ausbildungswesen**

Die Zugangsvoraussetzungen zum FZP-Lehrgang sind:

- a) die erfolgreich abgeschlossene Prüfung zur/zum Zahnmedizinischen Fachangestellten (früher Zahnarzthelfer/in) oder eines gleichwertigen Abschlusses
- b) die erfolgreiche Teilnahme an der Aufnahmeprüfung (zum Lehrgang werden max. 36 Kursteilnehmer/innen zugelassen)
- c) eine mindestens einjährige Tätigkeit als Zahnmedizinische/r Fachangestellte/r (früher Zahnarzthelfer/in) zum Zeitpunkt des Lehrgangsbeginns

Die Gebühr der Aufnahmeprüfung beträgt **100,00 €**. Die Lehrgangskosten betragen **3.500,00 €** zuzüglich einer Gebühr für die Abschlussprüfung in Höhe von **400,00 €**.

Es besteht die Möglichkeit einer Finanzierungshilfe nach dem „Aufstiegsfortbildungsförderungsgesetz“ (AFBG).

Anmeldungen zur nächsten Aufnahmeprüfung können Sie mit ebenfalls beigefügtem Anmeldeformular vornehmen.

Karl-Häupl-Institut der
Zahnärztekammer Nordrhein
Frau Nicole Rosenberg
Hammfelddamm 11
41460 Neuss

ANMELDUNG ZUR AUFNAHMEPRÜFUNG DES 4. FZP-LEHRGANGS

Zur Aufnahmeprüfung des **4. FZP-Lehrgangs am 22. Februar 2025** melde ich mich verbindlich an. Die Gebühr der Aufnahmeprüfung in Höhe von **100,00 €** werde ich bis spätestens 21 Tage vor der Prüfung per Überweisung entrichten.

Die Anmeldung kann bis 21 Tage vor der Prüfung jederzeit ohne Angabe von Gründen storniert werden. In diesem Fall wird eine bereits geleistete Prüfungsgebühr in vollem Umfang erstattet und es entstehen keine weiteren Kosten. Bei einer Stornierung bis 7 Tage vor der Prüfung sind 50 % der Prüfgebühren und bei einer kurzfristigeren Stornierung die vollen Prüfgebühren zu entrichten. Dies gilt nicht, wenn ein Ersatzteilnehmer benannt oder der Platz von Seiten der Zahnärztekammer Nordrhein erneut besetzt werden kann. Stornierungen bedürfen der Schriftform. Im Übrigen steht der Nachweis offen, dass der Zahnärztekammer Nordrhein ein entsprechender Schaden bzw. Aufwand nicht entstanden oder wesentlich niedriger als die angegebenen Kosten sei. Wir bitten um Verständnis, dass sich die Zahnärztekammer Nordrhein für den Ausnahmefall die Absage oder Terminänderung der Prüfung bei zu geringer Teilnehmerzahl, Verhinderung des Referenten/Dozenten oder höherer Gewalt ausdrücklich vorbehält. Die Teilnehmer werden von Änderungen unverzüglich in Kenntnis gesetzt und im Falle der Absage der Prüfung werden die Prüfungsgebühren umgehend erstattet. Weitergehende Ansprüche sind ausgeschlossen, soweit sie nicht auf vorsätzlichem oder grob fahrlässigem Verhalten von Angestellten oder sonstigen Erfüllungshelfern der Zahnärztekammer Nordrhein beruhen.

..... Name, Vorname Arbeitgeber
..... Straße Straße
..... PLZ , Wohnort PLZ , Ort
..... Telefon (Privat) Handy Telefon (Praxis)
..... Geburtsdatum und –ort <u>Geburtsname</u>	
..... E-Mail Adresse	Mit meiner Unterschrift gebe ich auch mein Einverständnis zur Nutzung meiner Daten inklusive meiner E-Mail Adresse im Rahmen des FZP Lehrgangs
..... Ort / Datum Unterschrift

Dieser Anmeldung beigefügt sind:

1. Beglaubigte Kopie der ZFA-Urkunde bzw. des Zahnarzhelferinnenbriefes / Zahnarzhelferbriefes oder eines gleichwertigen Abschlusses
2. Nachweis über die bisherige Tätigkeit als ZFA
3. Angaben zur Person (tabellarischer Lebenslauf)

Prüfgebühr

Die Prüfgebühr in Höhe von € 100,00 werde ich bis spätestens 21 Tage vor der Prüfung entrichten:

per Überweisung

buchen Sie bitte von folgendem Konto ab IBAN:

.....
Datum

.....
Unterschrift Teilnehmer/in

Falls die Prüfgebühr vom Arbeitgeber entrichtet wird, bitte nachstehenden Abschnitt ausfüllen.

Andernfalls bitte nichts eintragen!!

Die obige Prüfgebühr wird von mir als Arbeitgeber / Arbeitgeberin entrichtet:

per Überweisung

buchen Sie bitte von folgendem Konto ab IBAN:

.....
Datum

.....
Unterschrift und Stempel des Praxisinhabers /
der Praxisinhaberin

TÄTIGKEITSBESCHEINIGUNG

von
(Name, Vorname)

Nachweis der aktuellen beruflichen Tätigkeit

Frau/Herr.....

ist seit bis heute in ungekündigter Stellung

bei mir tätig.

.....
(Ort, Datum)

.....
Unterschrift, Praxisstempel

Nachweis über frühere berufliche Tätigkeiten

Dieser Anmeldung sind beglaubigte Zeugniskopien beigelegt.

AUSBILDUNGSNACHWEIS

von
(Name, Vorname)

Dieser Anmeldung ist eine beglaubigte Kopie der ZFA-Urkunde bzw. des Zahnarzhelferinnenbriefes / Zahnarzhelferbriefes beigelegt.

.....
(Ort, Datum)

.....
Unterschrift Teilnehmer/in