



„Aktionsnachmittag Gewaltprävention“ Eine zahnärztliche Teamveranstaltung

Hessischer Sozialminister Stefan Grüttner, Schirmherr

Kurs Nr.: 10029-12001
Datum: Mittwoch, 25.01.2012 von 16:00 bis 19:30 Uhr
Kursgebühr: 20,00 EUR, davon gehen 10,00 EUR als Spende
an den Verein „Wieder Lachen“
Kursort: FAZH GmbH, Rhonestr. 4, 60528 Frankfurt
Fortbildungspunkte: 4

Gewaltopfer in der Zahnarztpraxis: Richtig hinschauen, gut dokumentieren, angemessen reagieren!

- 16.00 Uhr: Begrüßung
Dr. Giesbert Schulz-Freywald (LZKH)
Prof. Dr. Dr. Robert Sader (ZÄV)
Dr. Kurt Kolmer (ZGH)
Nancy Gage-Lindner (Hessisches Sozialministerium)
- 16.15 Uhr: Erkennen von Gewaltopfern, Erfahrungen aus der Praxis
Katrin und Dr. Sven Rinke (Verein „Wieder Lachen e.V.“)
- 16.45 Uhr: Kommunikation mit Betroffenen – wie spreche ich die Patientin an?
Gudrun Wörsdörfer, Beratungsstelle Frauennotruf Frankfurt
- 17.15 Uhr: Pause und Imbiss
- 17.45 Uhr: Die richtige Dokumentation – was und wie viel?
Ulrica Hochstätter, Oberamtsanwältin
- 18.15 Uhr: Juristische und kulturelle Aspekte bei der Begleitung von betroffenen Frauen
Zümrüt Turan-Schnieders, Rechtsanwältin
- 18.45 Uhr: Vorstellung des Hessischen Dokumentationsbogens und der
Handlungsempfehlungen, Erfahrungsbericht aus der Notfallambulanz
Dr. Antje Köster-Schmidt, Prof. Dr. Dr. Robert Sader
- 19.15 Uhr: Abschlussdiskussion
alle Referentinnen und Referenten

Ansprechpartnerin: Frau Kerstin Scholl, Tel.: 069 427275-183, eMail: scholl@fazh.de
Zur Anmeldung benutzen Sie bitte die Faxanmeldung auf der Rückseite.

Zahnärztliche Fortbildung



World Health
Organization



GLOBAL CAMPAIGN FOR VIOLENCE PREVENTION
CAMPAGNE MONDIALE POUR LA PREVENTION DE LA VIOLENCE
VIOLENCE PREVENTION ALLIANCE / ALLIANCE POUR LA PREVENTION DE LA VIOLENCE

Hessisches
Sozialministerium



Anmeldung

Bitte in Druckbuchstaben ausgefüllt
per Fax an 069 427275-194



Aktionsnachmittag Gewaltprävention Eine zahnärztliche Teamveranstaltung

Kurs-Nr.

1	0	0	2	9
---	---	---	---	---

 —

1	2	0	0	1
---	---	---	---	---

 am 25.01.2012

Kursgebühr Euro 20,- pro Person

Name, Vorname _____

Straße, Haus-Nr. _____ PLZ, Ort _____

Ansprechpartner _____ E-Mail _____

Zahnmedizinische Fachangestellte

Name, Vorname _____

Straße, Haus-Nr. _____ PLZ, Ort _____

Zahnmedizinische Fachangestellte

Name, Vorname _____

Straße, Haus-Nr. _____ PLZ, Ort _____

Die Zahlung der Gebühr erfolgt durch

Überweisung auf das Konto der Deutschen Apotheker- und Ärztebank eG
Konto 0 004 263 324 (BLZ 500 906 07)

Abbuchung

Name des Kontoinhabers _____

Name des Kreditinstituts _____

Konto _____ BLZ _____

Datum _____ Unterschrift des Kontoinhabers _____

**Es erfolgt eine Eingangsbestätigung dieser Anmeldung.
Die Kursbestätigung / Rechnung erhalten Sie ca. 2 Wochen vor Kursbeginn**

Praxisstempel

--