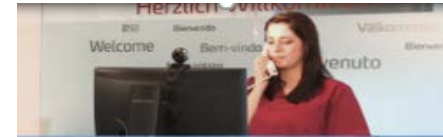


Deine Ausbildung mit Zukunft



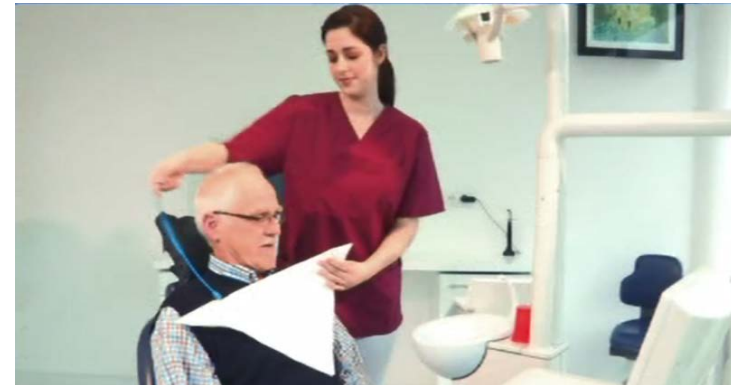
Zahnmedizinische / r Fachangestellte / r

Du assistierst dem
Zahnarzt am
Behandlungsstuhl



Zahnmedizinische / r Fachangestellte / r

Du betreust Patienten
vor, während und nach der
Behandlung



Zahnmedizinische / r Fachangestellte / r

Du organisierst
Praxisabläufe z.B.
Terminvergabe,
Abrechnung und
Verwaltung



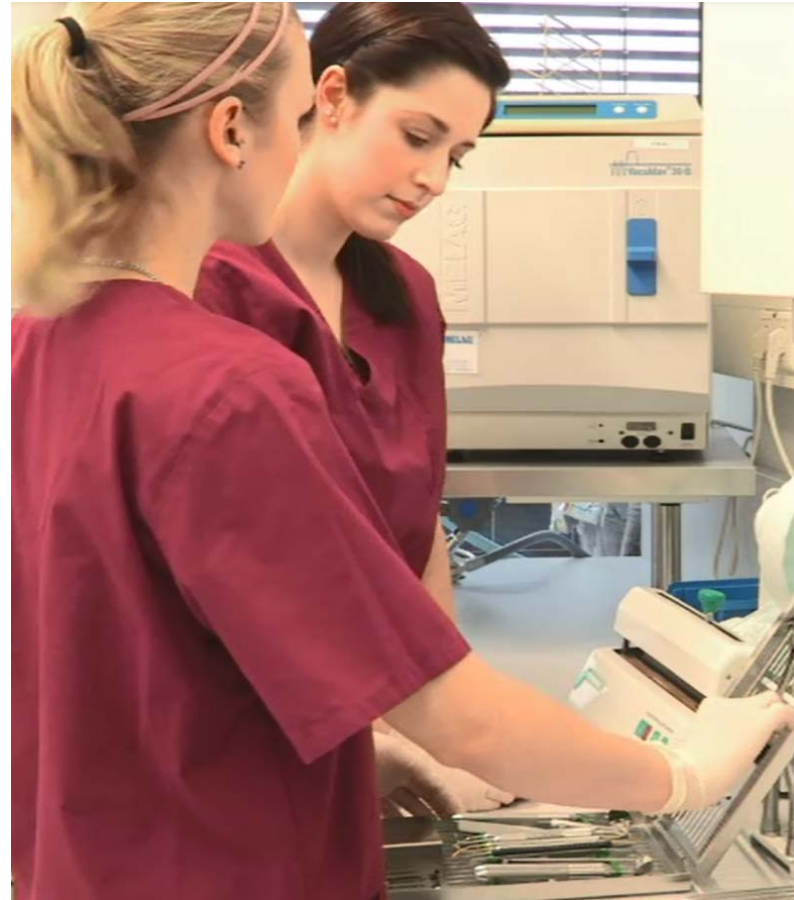
Zahnmedizinische / r Fachangestellte / r

Du bereitest die
Behandlung für den
nächsten Patienten vor



Zahnmedizinische / r Fachangestellte / r

Du achtest auf
die Hygiene



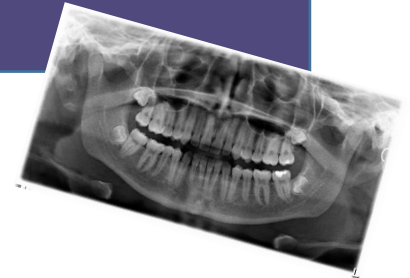
Zahnmedizinische / r Fachangestellte / r

Du wirkst bei der
Vorbeugung von
Zahnkrankheiten
(Prophylaxe) mit



Zahnmedizinische / r Fachangestellte / r

Du bedienst
Röntgen- und
andere moderne
Medizintechnik



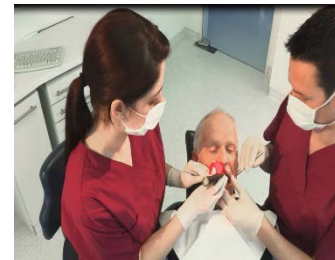
Zahnmedizinische / r Fachangestellte / r

Du verwaltest und
entsorgst Materialien
zur Zahnbehandlung
umweltgerecht



Zahnmedizinische / r Fachangestellte / r

... ist ein vielseitiger und
abwechslungsreicher Beruf mit
Biss, welcher Perspektiven
bietet.



Werde Zahnmedizinische/r Fachangestellte/r wenn Du Dich:

- für medizinische Themen interessierst
- Freude am Umgang mit Menschen hast



Zahnmedizinische / r Fachangestellte / r

- einen Ausbildungsplatz in Deiner Nähe suchst
- einen sicheren Arbeitsplatz suchst
- gern im Team arbeitest
- eine abwechslungsreiche Tätigkeit suchst
- Wert auf Aufstiegsmöglichkeiten legst



Du bist in:



Zahnarztpraxen



kieferorthopädischen Praxen



oral- und kieferchirurgischen Praxen



sowie in Zahnkliniken oder bei



der Bundeswehr tätig.



Zahnmedizinische / r Fachangestellte / r

Zahnmedizinische/r Fachangestellte/r

können alle Frauen und Männer mit einem
Real- oder Hauptschulabschluss oder
Abitur werden.



Zahnmedizinische / r Fachangestellte / r

In der Zahnarztpraxis und in einer der fünf Thüringer Berufsschulen erlernst Du alle Fähigkeiten und Fertigkeiten, die Du für Deine vielseitigen Tätigkeiten als Zahnmedizinische/r Fachangestellte/r benötigst.

Jena

Gera

Meiningen

Erfurt

Nordhausen



Zahnmedizinische / r Fachangestellte / r

- die Ausbildung dauert 3 Jahre, bei guten Leistungen auch kürzer
- Berufsschulunterricht findet an 2 Tagen in der Woche statt
- nach der Hälfte der Ausbildung absolvierst Du eine Zwischenprüfung
- die Ausbildung endet mit bestehen der Abschlussprüfung



Tipp:

Ein Praktikum in einer Zahnarztpraxis vermittelt Dir erste Eindrücke von Deiner zukünftigen Tätigkeit.



Zahnmedizinische / r Fachangestellte / r

Mit etwas Berufserfahrung stehen Dir später vielfältige Fortbildungsmöglichkeiten offen.

Die Landeszahnärztekammer ist auch für die Aus- und Fortbildung zuständig.



**Zahnmedizinische/r
Verwaltungsassistent/in
(ZMV)**

Führt alle anfallenden Verwaltungs-
aufgaben, Terminplanung und
Schriftverkehr weitgehend selbstständig
durch.



Zahnmedizinische / r Fachangestellte / r



Zahnmedizinische / r Fachangestellte / r

Bonusheft

- Nachweis von
Zahngesundheitsuntersuchungen -
für die Versicherten der Gesetzlichen Krankenkassen

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ/Wohnort: _____

A	BKK	IKK	VSKA	ABV	Krankenkasse
Name: _____ geb. am _____					
Versicherung Nr. _____ Status _____					
VK gültig bis _____ Datum _____					

**Arbeitsunfähig
bescheinigung**
zur Vorlage bei der I

Bei verspäteter Vorlage

Erstbescheinigung Folgebescheinigung

Arbeitsunfall, Arbeitsunfallfolgen, Berufsunfähigkeit Dem Durchgangsarzt zugewiesen

Arbeitsunfähig seit _____

Voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich _____

Festgestellt am _____ Unterschrift des Arztes _____

Diagnose / Befund _____ sonstiger Unfall, Unfallfolgen

_____ Versorgungsleiden (BVG)

Es wird die Erteilung folgender besonderer Maßnahmen durch die Krankenkasse für erforderlich gehalten (z. B. Badetur, Heilverfahren, MDR)

Vertragartzstempel _____

Für die Bescheinigung ist die Nr. 71 BmVE-GO berechnungsfähig -

Für Zwecke der Krankenkasse

Muster 74.13 10/05

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	R	S	Sch	St	U	V	W	X	Y	Z
Rechts													Links												
8 7 6 5 4 3 2 1													1 2 3 4 5 6 7 8												
Hier Foto fitt.												Name: _____ geb. _____													
Beruf: _____												Ort: _____ Tel. _____													
Straße: _____												Beschäftigt bei _____													
Kr.-Kasse _____ Nr. _____												Bemerkungen _____													
Voranschlag _____ Karte Nr. _____												Privatpatient Stammversichert Fam.-Versichert													
Jahr	Monat	Tag	Zahn	Behandlung	Bema oder Bugo-Nr.	Rechnung am	€	Zahlung am	€																
										Übertrag															

Weniger versichert Name, Vorname des Versicherten _____ geb. am _____	Eklärung des Versicherten Es ist bei der gemauerten Krankenkassenversicherung im Sinne der Art. 11 Abs. 1 S. 1 Nr. 10 SGB V die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung im Sinne des § 1 Abs. 1 S. 1 Nr. 10 SGB V nicht zu beantragen, da die Krankenkasse die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung im Sinne des § 1 Abs. 1 S. 1 Nr. 10 SGB V nicht zu beantragen wird.	Ust.-Nr. _____																																																																																																																																																																																																													
Heil- und Kostenplan Hinweise an den Versicherten: Bonusheft bis zur Zuschussfestsetzung befüllen.	Art der Versorgung TP = Therapieplanung R = Regenerierung S = Befund																																																																																																																																																																																																														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2">I. Befund des gesamten Gebisses/Behandlungsplan</th> <th>TP = Therapieplanung</th> <th>R = Regenerierung</th> <th>S = Befund</th> </tr> <tr> <td>TP</td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>S</td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>B</td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>R</td><td>19</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td><td>10</td><td>09</td><td>08</td><td>07</td><td>06</td><td>05</td><td>04</td><td>03</td><td>02</td><td>01</td><td>00</td> </tr> <tr> <td>R</td><td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td><td>40</td><td>39</td><td>38</td><td>37</td><td>36</td><td>35</td><td>34</td><td>33</td><td>32</td><td>31</td><td>30</td> </tr> <tr> <td>S</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>B</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>R</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>S</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>B</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>TP</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="20">Bemerkungen bei Weiterverfolgung der Leistung _____</td> </tr> </table>			I. Befund des gesamten Gebisses/Behandlungsplan		TP = Therapieplanung	R = Regenerierung	S = Befund	TP					R					S					B					R	19	17	16	15	14	13	12	11	10	09	08	07	06	05	04	03	02	01	00	R	48	47	46	45	44	43	42	41	40	39	38	37	36	35	34	33	32	31	30	S																				B																				R																				S																				B																				TP																				Bemerkungen bei Weiterverfolgung der Leistung _____																			
I. Befund des gesamten Gebisses/Behandlungsplan		TP = Therapieplanung	R = Regenerierung	S = Befund																																																																																																																																																																																																											
TP																																																																																																																																																																																																															
R																																																																																																																																																																																																															
S																																																																																																																																																																																																															
B																																																																																																																																																																																																															
R	19	17	16	15	14	13	12	11	10	09	08	07	06	05	04	03	02	01	00																																																																																																																																																																																												
R	48	47	46	45	44	43	42	41	40	39	38	37	36	35	34	33	32	31	30																																																																																																																																																																																												
S																																																																																																																																																																																																															
B																																																																																																																																																																																																															
R																																																																																																																																																																																																															
S																																																																																																																																																																																																															
B																																																																																																																																																																																																															
TP																																																																																																																																																																																																															
Bemerkungen bei Weiterverfolgung der Leistung _____																																																																																																																																																																																																															
II. Befunde für Festzuschüsse <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Befund Nr.</th><th>Zahn/Schmelz</th><th>Art.</th><th>Befund</th><th>Zuschussbetrag</th><th>€</th><th>Umfeld oder Unfallfolgen</th><th>Sanitätsverfahren</th><th>Intensivversorgung</th><th>Alleloste</th><th>Jahre</th><th>NEM</th> </tr> <tr> <td colspan="12">Das Körperkassen-Scheinblatt die höchst vorhandene Festschüsse, höchstens jedoch die beschriebenen Kosten. Voraussetzung ist, dass der Zahnersatz innerhalb von 3 Monaten in der vorgesehenen Weise eingehend wird.</td> </tr> <tr> <td colspan="12">Datum, Unterschrift und Stempel des Prothetikers</td> </tr> <tr> <td colspan="12">Hinweise: N. Vorlage-Bonus ist bereits in den Festschüssen enthalten. Es liegt ein Honorar vor.</td> </tr> </table>			Befund Nr.	Zahn/Schmelz	Art.	Befund	Zuschussbetrag	€	Umfeld oder Unfallfolgen	Sanitätsverfahren	Intensivversorgung	Alleloste	Jahre	NEM	Das Körperkassen-Scheinblatt die höchst vorhandene Festschüsse, höchstens jedoch die beschriebenen Kosten. Voraussetzung ist, dass der Zahnersatz innerhalb von 3 Monaten in der vorgesehenen Weise eingehend wird.												Datum, Unterschrift und Stempel des Prothetikers												Hinweise: N. Vorlage-Bonus ist bereits in den Festschüssen enthalten. Es liegt ein Honorar vor.																																																																																																																																																																								
Befund Nr.	Zahn/Schmelz	Art.	Befund	Zuschussbetrag	€	Umfeld oder Unfallfolgen	Sanitätsverfahren	Intensivversorgung	Alleloste	Jahre	NEM																																																																																																																																																																																																				
Das Körperkassen-Scheinblatt die höchst vorhandene Festschüsse, höchstens jedoch die beschriebenen Kosten. Voraussetzung ist, dass der Zahnersatz innerhalb von 3 Monaten in der vorgesehenen Weise eingehend wird.																																																																																																																																																																																																															
Datum, Unterschrift und Stempel des Prothetikers																																																																																																																																																																																																															
Hinweise: N. Vorlage-Bonus ist bereits in den Festschüssen enthalten. Es liegt ein Honorar vor.																																																																																																																																																																																																															
III. Kostenplanung <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>1. BEMA/Nr.</th><th>2. Zahnärztliche Honorar BEMA</th><th>3. Zahnärztliche Honorar GOZ</th><th>4. Zahnärztliche Honorar GGOZ</th><th>5. Material- und Lab.-Kosten Gewerbl.</th><th>6. Mat.- und Lab.-Kosten Praxis</th><th>7. Versandkosten Praxis</th><th>8. Gesamtsumme</th><th>9. Festzuschuss Krankk.</th><th>10. Verschleissanteil</th> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>			1. BEMA/Nr.	2. Zahnärztliche Honorar BEMA	3. Zahnärztliche Honorar GOZ	4. Zahnärztliche Honorar GGOZ	5. Material- und Lab.-Kosten Gewerbl.	6. Mat.- und Lab.-Kosten Praxis	7. Versandkosten Praxis	8. Gesamtsumme	9. Festzuschuss Krankk.	10. Verschleissanteil																																																																																																																																																																																																			
1. BEMA/Nr.	2. Zahnärztliche Honorar BEMA	3. Zahnärztliche Honorar GOZ	4. Zahnärztliche Honorar GGOZ	5. Material- und Lab.-Kosten Gewerbl.	6. Mat.- und Lab.-Kosten Praxis	7. Versandkosten Praxis	8. Gesamtsumme	9. Festzuschuss Krankk.	10. Verschleissanteil																																																																																																																																																																																																						
V. Rechnungsbeiträge (siehe Anlage) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>1. ZA-Honorar (BEMA siehe II)</th><th>2. ZA-Honorar Zusatz. Leist. BEMA</th><th>3. ZA-Honorar GOZ</th><th>4. Mat.- und Lab.-Kosten Gewerbl.</th><th>5. Mat.- und Lab.-Kosten Praxis</th><th>6. Versandkosten Praxis</th><th>7. Gesamtsumme</th><th>8. Festzuschuss Krankk.</th><th>9. Verschleissanteil</th> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>			1. ZA-Honorar (BEMA siehe II)	2. ZA-Honorar Zusatz. Leist. BEMA	3. ZA-Honorar GOZ	4. Mat.- und Lab.-Kosten Gewerbl.	5. Mat.- und Lab.-Kosten Praxis	6. Versandkosten Praxis	7. Gesamtsumme	8. Festzuschuss Krankk.	9. Verschleissanteil																																																																																																																																																																																																				
1. ZA-Honorar (BEMA siehe II)	2. ZA-Honorar Zusatz. Leist. BEMA	3. ZA-Honorar GOZ	4. Mat.- und Lab.-Kosten Gewerbl.	5. Mat.- und Lab.-Kosten Praxis	6. Versandkosten Praxis	7. Gesamtsumme	8. Festzuschuss Krankk.	9. Verschleissanteil																																																																																																																																																																																																							
Subventioniert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise																																																																																																																																																																																																															
Engpassregelung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise Herstellungsort bzw. Herstellungsland des Zahnersatzes: Der Zahnersatz wurde in der vorgesehenen Weise angefertigt.																																																																																																																																																																																																															
Unterschrift und Stempel des Behalters _____		Datum/Unterschrift des Zahnersatzes _____																																																																																																																																																																																																													

Krankenkasse bzw. Kostenträger	Hilfs- und Erg.-Leist. (BVG) _____
Name, Vorname des Versicherten _____ geb. am _____	Zustellung _____
Kranken-Nr. _____	Appellaten-Nr. _____
Versicherten-Nr. _____	1. Versicherung _____
Status _____	2. Versicherung _____
Vertragartz-Nr. _____	3. Versicherung _____
VK gültig bis _____ Datum _____	
Rp. (Bitte Leertäume durchstreichen)	
666H _____	
Bei Arbeitsunfall erstzufüllen	
Unfalltag _____	Unfallbetrieb oder Arbeitgeberbezeichnung _____

Unterschrift des Arztes
Muster 18 (04.2004)



**Zahnmedizinische/r
Prophylaxeassistent/in
(ZMP)**

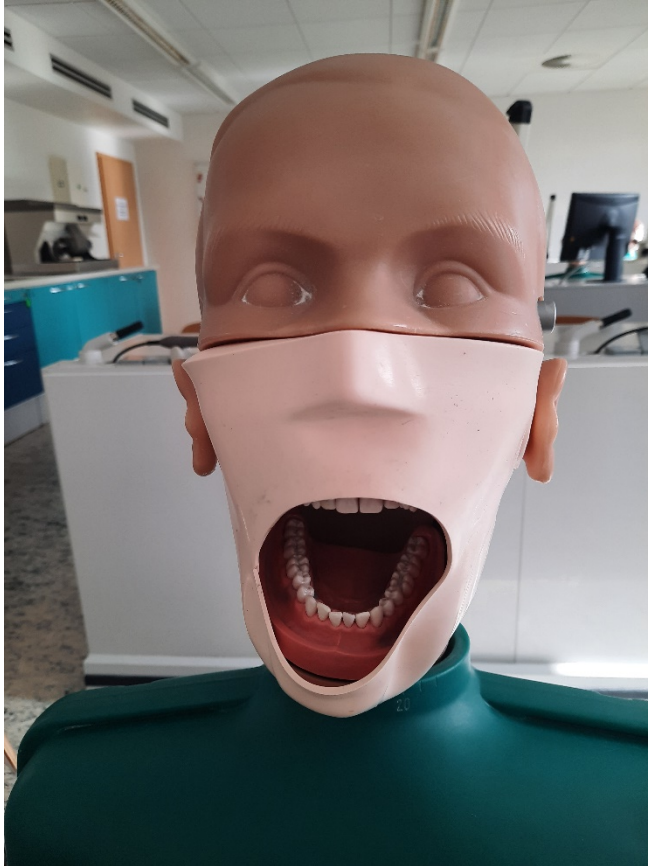
Unterstützt den Zahnarzt / die Zahnärztin
in der Prophylaxe und sind fähig
professionelle Zahnreinigung selbstständig
am Patienten durchzuführen.



Zahnmedizinische / r Fachangestellte / r



Zahnmedizinische / r Fachangestellte / r



Zahnmedizinische/r Fachassistent/in (ZMF)

Unterstützt den Zahnarzt / die
Zahnärztin in der Prophylaxe und
führt Verwaltungstätigkeiten durch



Fortgebildete/r Zahnmedizinische/r Fachangestellte/r in der Kieferorthopädie

Unterstützt den kieferorthopädisch tätigen
Zahnarzt / Zahnärztin bei der Arbeit
im Umgang mit dem kindlichen Patienten
und führt Vermessungen der Modelle und
Röntgenbilder durch



Tipp:

Die Landeszahnärztekammer führt eine Übersicht aller Ausbildungspraxen und hilft Dir bei der Suche nach einem geeigneten Ausbildungsplatz.

Sende einfach Deine Bewerbung an uns.



Zahnmedizinische / r Fachangestellte / r

Folge uns auf **Facebook!**
www.facebook.com/beruf.mit.biss

oder **Instagram**
www.instagram.com/beruf.mit.biss/

Unter
www.lzkth.de
findest Du Übersichten mit freien
Ausbildungs- und Praktikumsplätzen.

