


---

# Notfalltraining für Arzt- & Zahnarztpraxen sowie Kliniken / Pflegeeinrichtungen

---

 3 - 4 Stunden (individuell)

 0,00 Euro (umsatzsteuerbefreit)

 Berlin

#### **Ansprechpartner**

Rico Schreier  
Tel: 0351 896694-05  
Fax: 0351 896734-79  
E-Mail: [dresden@wbs-schulen.de](mailto:dresden@wbs-schulen.de)

#### **Anschrift**

WBS TRAINING SCHULEN gGmbH  
Berlin  
Voigtstraße 3  
10247 Berlin

**JETZT BUCHEN**

---

## Zielgruppe

Behandlungs- / Pflorgeteams:

- ✓ Ärzte / Zahnärzte & Praxisteams
- ✓ Pflegekräfte
- ✓ Klinikteams inkl. Ärzten

## Inhalte

Allgemeine Grundlagen zu Notfall-Maßnahmen:

- ✓ Rechtliche Grundlagen
- ✓ Notfallmedizinische Ausstattungsempfehlung
- ✓ Notfallmedikamente: neue Erkenntnisse & Nutzen-Risiko-Abwägung
- ✓ Notfallmanagement "Wer macht was?"
- ✓ die häufigsten Notfallbilder: Hintergrund & Maßnahmen

Training:

- ✓ Vorgehen im Notfall: Diagnostik mit und ohne Hilfsmitteln
- ✓ Notfallmedizinische Fertigkeiten (stabile Seitenlage, Maskenbeatmung, Anwendung von Atemwegshilfen wie Larynxtrachealintubation)
- ✓ Herz-Lungen-Wiederbelebung (Beatmung, Thoraxkompressionen, automatisierte Defibrillation mit AED)
- ✓ Überprüfung & Nutzung der eigenen Ausrüstung

## Preisinformation

Individuelle Angebote auf Nachfrage

## Weitere Seminare zu diesem Thema

<https://www.wbs-schulen.de/weiterbildungen/>

# ANMELDEFORMULAR FÜR FORT- UND WEITERBILDUNGEN

## ✓ Ja, ich möchte mich anmelden!

Titel der Weiterbildung\* \_\_\_\_\_

Termin\* \_\_\_\_\_

Preis\* \_\_\_\_\_

Anmelde- und \_\_\_\_\_

Prüfungsgebühren\*

Präsenzveranstaltung Ort: \_\_\_\_\_

Online-Weiterbildung  von zu Hause aus

vom Standort aus

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Selbstlernmodul

## ✓ Teilnehmerdaten:

Vor- und Nachname\* \_\_\_\_\_

Geburtsdatum\* \_\_\_\_\_

Straße\* \_\_\_\_\_

PLZ/Ort\* \_\_\_\_\_

E-Mail\* \_\_\_\_\_

Telefon\* \_\_\_\_\_

## ✓ Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

WBS Homepage  Social Media (z. B. XING, Facebook)

Google-Suche  KURSNET  Empfehlung

Kostenträger \_\_\_\_\_  
(z. B. Arbeitgeber, Arbeitsagentur etc.)

Sonstiges \_\_\_\_\_

## ✓ Finanzierung

Selbstzahler → Raten  ja  nein

Arbeitgeber → Raten  ja  nein

Förderung über QCG/Bildungsgutschein

Andere Förderung

Welche? \_\_\_\_\_

## ✓ Allgemeine Geschäftsbedingungen:

Die AGB stellen in Verbindung mit der verbindlichen Anmeldung den Fortbildungsvertrag mit der WBS TRAINING SCHULEN gGmbH dar. Ich habe die ABB (S. 1 - 5) gelesen und erkläre mich mit meiner Unterschrift mit den AGB einverstanden. Der Auftraggeber ist verpflichtet, den festgelegten Preis inkl. Anmelde- und Prüfungsgebühr unaufgefordert an die WBS TRAINING SCHULEN gGmbH zu entrichten. Sollten die Kosten durch Dritte übernommen werden, ist eine Kostenübernahmeerklärung schriftlich vorzulegen. Die Informationen zum Umgang mit personenbezogenen Daten und die Prüfungsordnung habe ich zur Kenntnis genommen.

Wenn Sie sich zu einer Veranstaltung der WBS TRAINING AG oder der WBS TRAINING SCHULEN gGmbH anmelden, nutzt die Gesellschaft, die Ihr Vertragspartner geworden ist, Ihre E-Mail-Adresse für Werbung für eigene, ähnliche Veranstaltungen. Sie können hiergegen jederzeit Widerspruch einlegen, z. B. per E-Mail an [info@wbs-schulen.de](mailto:info@wbs-schulen.de). Details entnehmen Sie bitte der Datenschutzerklärung auf unserer Webseite [wbs-schulen.de/datenschutz](http://wbs-schulen.de/datenschutz).

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift Teilnehmer/-in

## ✓ Anmeldung bitte an:

### WBS TRAINING SCHULEN gGmbH

 \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_

\* Pflichtfelder

# KOSTENÜBERNAHMEERKLÄRUNG FORT-/WEITERBILDUNGSKOSTEN

WBS TRAINING SCHULEN gGmbH  
Team Fort- und Weiterbildung

- Die AGB (Seiten 1 bis 5) wurden gelesen, insbesondere auch die Klauseln Gebühren/Kosten und Abtretungserklärung. Mit den AGB sind wir einverstanden und erkennen diese mit Unterschrift an.
- Ein Dritter/Kostenträger übernimmt die Fort-/Weiterbildungskosten für

\_\_\_\_\_  
Vorname, Nachname

\_\_\_\_\_  
Kurstitel

\_\_\_\_\_  
vom

\_\_\_\_\_  
bis

## Möchten Sie in Raten zahlen?

nein

ja, monatlich

ja, in 3 Raten

ja, in 5 Raten

## Bitte senden Sie die Rechnung an folgende Adresse:

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Ansprechpartner/-in

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Tel.

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kostenträger