
Notfalltraining für Arzt- & Zahnarztpraxen sowie Kliniken / Pflegeeinrichtungen

 3 - 4 Stunden (individuell)

 0,00 Euro (umsatzsteuerbefreit)

 Berlin

Ansprechperson

Rico Schreier
Tel: 0351 824400-83
Fax: 0351 896734-79
E-Mail: dresden@wbs-schulen.de

Anschrift

WBS TRAINING SCHULEN gGmbH
Berlin
Lorenzweg 5
12099 Berlin

[Jetzt buchen](#)

Kursinhalte

Aktuelles zur Weiterbildung

Alle Notfalltrainings können sowohl in unseren Räumlichkeiten als auch direkt bei Ihnen vor Ort als "Inhouse-Variante" angeboten werden.

Lernziele

Zielgruppe

Behandlungs- / Pflorgeteams:

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

Hinweise zur Dauer

Teilnahmevoraussetzung

Perspektiven nach der Qualifizierung

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 Larynxtubus)
- ✓ Herz-Lungen-Wiederbelebung (Beatmung, Thoraxkompressionen, automatisierte De?brillation 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:

Herr / Frau / Divers*

Vor- und Nachname*

Geburtsdatum*

Straße*

PLZ/Ort*

Bundesland*

E-Mail*

Telefon*

✓ Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Suchmaschine Empfehlung Zeitung / Verkehrsmittel

Social Media Arbeitgeber Arbeitsagentur/Jobcenter

Messe / Veranstaltung _____

Online Portal _____

Sonstiges _____

✓ Finanzierung

Selbstzahler Arbeitgeber

Raten ja nein

monatlich quartalsweise

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. Details entnehmen Sie bitte der Datenschutzerklärung auf unserer Webseite wbs-schulen.de/datenschutz.

Datum / Unterschrift Teilnehmer/-in

Ja, ich möchte zukünftig über Bildungsthemen, Aktionen und Angebote von den WBS SCHULEN per E-Mail informiert werden. Meine Einwilligung kann ich jederzeit per E-Mail an newsletter@wbs-schulen.de oder per Abmeldelink im Newsletter widerrufen. Informationen zum Datenschutz finden Sie **hier**.

✓ 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, quartalsweise

Rechnungsadresse: (Die Rechnungsdaten müssen korrekt angegeben werden.)

Firma

Ansprechpartner/-in

Straße

PLZ, Ort

Tel.

E-Mail (Rechnung wird nur digital versendet.)

Datum

Unterschrift Kostenträger