# FÖRDERKREIS ZAHNGESUNDHEIT MITTELFRANKEN e. V. (FZM)

Geschäftsstelle: **FZM** – Wettersteinstr. 43, 90471 Nürnberg
Tel.: 0911/2852370 – Fax: 0911/2852369
Bankverbindung: Deutsche Apotheker- u. Ärztebank eG Nbg.,
IBAN DE57 3006 0601 0004 8039 30 BIC DAAEDEDDXXX
www.fzm-ev.de - E-Mail: fzm-ev@t-online.de


Der FZM lädt Sie ein zur **Online-Fortbildung** in zwei komprimierten Teilen zum Thema

## Gelebtes Qualitätsmanagement - das Fundament erfolgreicher Praxen

Sie wollen kein theoretisches und bürokratisches Qualitätsmanagement? Sie suchen Unterstützung bei der Umsetzung der aktuell geltenden Vorgaben des G-BA? Der Sinn eines gelebten Qualitätsmanagements ist es, das Praxisteam nachthaltig zu entlasten und den Arbeitsalltag zu erleichtern, statt diese zu belasten.
Schaffen Sie in zwei Onlineseminaren ein individuelles und schlüssiges Qualitätsmanagement für Ihre Praxis.

### Teil 1

**Grundlagen**

- Qualität ist Teamsache
- Vorteile erkennen und umsetzen
- Zuständigkeiten und Abläufe klar und transparent definieren
- Motivation und Verantwortungsbewusstsein fördern
- Klare Strukturen schaffen und Prozesse nachhaltig verbessern
- Prozesse praxisbezogen und „schlank“

### Teil 2

**Umsetzen**

- Starten Sie mit Qualitätsmanagement oder übernehmen Sie?
- Ist-Zustand bis Soll-Zustand definieren
- Verantwortlichkeiten festlegen – Einbindung aller Mitarbeiter/innen
- Qualitätsziele nachhaltig verfolgen
- Sinnvolle Dokumentation

**incl. der Qualitätsmanagement-Richtlinie, die am 20.08.2026 geändert wurde.**

**Termin für Teil 1:** Montag, 7. Juni 2027, 15:00 Uhr bis ca. 18:00 Uhr

**Termin für Teil 2:** Montag, 14. Juni 2027, 15:00 Uhr bis ca. 18:00 Uhr

**Referentin:** Brigitte Kühn - www.der-praxis-check.de

**Online über Zoom – Einwahlcode wird jedem Teilnehmer/in nach der Anmeldung per E-Mail zugeschickt**

**Kosten für beide Tage: € 80,-- je Teilnehmer/in für Mitglieder FZM, AZ Ansbach, Freier Verband**
**€ 160,-- je Teilnehmer/in für Nichtmitglieder**

Für den Vorstand des FZM
**Dr. Willi Scheinkönig**
**Vorsitzender des FZM**

---

## Anmeldung zur Fortbildung an die FZM-Geschäftsstelle
## Bevorzugt per E-Mail fzm-ev@t-online.de **(oder Fax-Nr.: 09 11 / 2 85 23 69)**

Teilnehmer/innen – bitte mit E-Mail(adressen):

_____

☐ FZM-Mitglied ☐ AZ-Mitglied ☐ Freier Verband ☐ Nichtmitglied

### *Einzugsermächtigung*

Hiermit ermächtige ich den FZM einmalig die Kursgebühren für o. g. Teilnehmer einzuziehen.
***Mandatsreferenz: Verwendungszweck // Unsere Gläubiger-Identifikationsnummmer: DE82ZZZ00000712413***

IBAN: _____

Bank: _____

BLZ: _____ _____
Praxisstempel, Datum, Unterschrift