

Brandschutzhelfer-Ausbildung für die Zahnarztpraxis

Referentin: Ivonne Mewes, Berlin

Zielgruppe: Zahnärzte und Mitarbeiter
Punkte: 3+4+1

Kursgebühr: 195,- €
Veranstaltungsort: Berlin



Zahnarztpraxen sind verpflichtet, Personen zu benennen, die im Notfall dafür zuständig sind, Erste Hilfe zu leisten, einen Brand zu bekämpfen oder eine Evakuierung einzuleiten. Diese müssen in Gefahrensituationen die Ruhe bewahren sowie souverän und verantwortungsbewusst handeln können.

Gesetzliche Grundlage sind § 10 des Arbeitsschutzgesetzes (ArbSchG) und die neue Technische Regel für Arbeitsstätten (ASR A2.2 „Maßnahmen gegen Brände“). Danach ist die Brandschutzhelfer-Ausbildung in jedem Unternehmen vorgeschrieben. Die notwendige Anzahl der Personen, die durch eine Ausbildung Brandschutzhelfer-Funktionen übernehmen können, ergibt sich aus der Gefährdungsbeurteilung. In der Regel ist ein Anteil von fünf Prozent, gemessen an der Gesamtzahl der Beschäftigten, ausreichend. Hierzu bieten wir die praxisorientierte Brandschutzhelfer-Ausbildung als zweitägiges Seminar an.

Teil 1: Theorie Teil (Online Live-Seminar via Zoom)

- Grundzüge des vorbeugenden Brandschutzes
- Kenntnisse über die betriebliche Brandschutzorganisation
- Funktions- und Wirkungsweise von Feuerlöscheinrichtungen
- Gefahren durch Brände
- Verhalten im Brandfall

Teil 2: Praktische Übung Feuerlöschtraining (Outdoor*)

- Vorführung verschiedener Löschmittel (Demonstration)
- Löschtaktik
- Handhabung der vorhandenen Löschgeräte (Erklärung)
- Praktische Übung mit Übungsfeuerlöschern am Gasbetriebenen Feuerlöschtrainer

***Die Löschübung am Fire-Trainer findet bei jedem Wetter im Freien statt! Um Erscheinen mit festem Schuhwerk und entsprechender Kleidung wird gebeten.**

Hinweis:

- Dieser Kurs ist auch für Einsteiger und Refresher geeignet
- Aktualisierung alle 3–5 Jahre und bei betrieblichen Änderungen (gem. DGUV Information 205-023) erforderlich

**Fr Online Live-Seminar
Sa Präsenzkurs**

**Freitag 31.05.2024 • 16:00 - 18:30 Uhr und
Samstag 01.06.2024 • 10:00 - 13:00 Uhr**

**Freitag 21.06.2024 • 16:00 - 18:30 Uhr und
Samstag 22.06.2024 • 10:00 - 13:00 Uhr**

**Freitag 19.07.2024 • 16:00 - 18:30 Uhr und
Samstag 20.07.2024 • 10:00 - 13:00 Uhr**

**Freitag 06.09.2024 • 16:00 - 18:30 Uhr und
Samstag 07.09.2024 • 10:00 - 13:00 Uhr**

**Freitag 11.10.2024 • 16:00 - 18:30 Uhr und
Samstag 12.10.2024 • 10:00 - 13:00 Uhr**

**Freitag 29.11.2024 • 16:00 - 18:30 Uhr und
Samstag 30.11.2024 • 10:00 - 13:00 Uhr**

Anmeldeformular Fax 030 4148967 | E-Mail: info@pfaff-berlin.de | Beratung unter 030 414725-0

PFAFF BERLIN

Datenschutz-Information: Das Philipp-Pfaff-Institut verarbeitet Ihre Daten zur Durchführung von Fortbildungen und zur Information über unsere Angebote gemäß Art. 6 Abs. 1a, b DSGVO. Ohne Ihre Angaben können wir Anmeldungen nicht bearbeiten. Wir geben Ihre Daten nicht an Dritte weiter, außer wir sind gesetzlich dazu verpflichtet oder es liegt Ihre Einwilligung vor. Sofern der Zweck erfüllt ist und keine Aufbewahrungspflichten bestehen, löschen wir die Daten. Sie sind berechtigt, Auskunft über die bei uns über Sie gespeicherten Daten sowie die Berichtigung, die Löschung, Einschränkung der Verarbeitung und die Datenübertragbarkeit zu beantragen. Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie: datenschutzbeauftragter@pfaff-berlin.de. Sie haben ein Beschwerderecht bei einer Datenschutzbehörde. Die erteilten Einwilligungen können jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Ja, mit Angabe meiner E-Mail-Adresse willige ich in die Kommunikation per Mail ein.

Ja, ich akzeptiere die AGB, die Hygieneregeln sowie die Datenschutzbestimmungen des Philipp-Pfaff-Institutes (<https://www.pfaff-berlin.de/wichtige-informationen/>) und melde mich hiermit verbindlich für den/die oben angekreuzten Kurs/e an.

Titel | Name | ggf. Geburtsname * | Vorname des Teilnehmers

* falls bereits ein Kurs unter diesem Namen gebucht wurde

Meine Kontaktdaten sind Privat Praxis

Telefon | Fax

E-Mail (freiwillige Angabe)

Geburtsdatum



DIN EN ISO 9001
REG.-NR. Q1 0410015

Adresse (ggf. inklusive Praxisname)

Ort | Datum | Unterschrift