International Society for Oral Laser Applications

CERTIFIED BY AUSTRIAN STANDARDS

In Zusammenarbeit mit dem

ZFI

Zahnärztliche Fortbildung der Landeszahnärztekammer für Wien

LASER WORKSHOP

Ausbildung zum Laserschutzbeauftragten

Modul I

Inhalte:

- Grundlagen der Laser-Zahnheilkunde
- Theoretische Grundlagen der Laserphysik
- Handhabung von verschiedenen Lasergeräten für zahnmedizinische und medizinische Anwendungen
- Gewebeinteraktionen
- Indikation (Endodontie, Pulpenüberkappung, hypersensible Zahnhälse, Parodontologie, Hartgewebspräparation, Bleaching, orale Chirurgie, Softlaser)
- Organisatorische Sicherheitsmaßnahmen
- Evaluierung von Arbeitsplätzen
- Gesetzliche Bestimmungen
- Demonstration
- Multiple-Choice Prüfung

Dieser Grundkurs ist die Voraussetzung für die Anwendung eines Lasers und wird mit dem offiziellen Zertifikat „Laserschutzbeauftragter“ abgeschlossen.

Für Pausensnacks und Getränke wird gesorgt.

In Zusammenarbeit mit dem

Zahnärztliche Fortbildung der Landeszahnärztekammer für Wien

Veranstalter:	SOLA (International Society for Oral Laser Applications)
Ort:	Universitätszahnklinik Wien, Sensengasse 2a, 1090 Wien **Seminarraum wird noch bekanntgegeben**
Kursleitung: **Kursreferenten:**	Univ.-Prof. DDr. Andreas Moritz, Universitätszahnklinik Wien Priv.-Doz. DDr. Markus Laky, MSc, Universitätszahnklinik Wien Dr. Christoph Kurzmann, Universitätszahnklinik Wien Mag. Hassan Shokoohi, Universitätszahnklinik Wien
Termin:	**Freitag, 5. März 2027 von 12:00 – 20:00 Uhr &** **Samstag, 6. März 2027 von 09:00 – 17:15 Uhr**
Kosten:	pro Teilnehmer:in € 1.260 (SOLA-Mitglieder € 1.180) inkl. Ausstellung des ZAFI-Zertifikats "Laserschutzbeauftragter"
Anmeldung bis:	19. Februar 2027

Bitte um Einzahlung des Kursbeitrags auf das folgende Konto:
"SOLA Akademie"
BANK ADRESSE: ERSTE BANK, AM GRABEN, 1010 WIEN, ÖSTERREICH
IBAN: AT61 20111 2814 2145 600
BIC: GIBAATWWXXX

Teilnehmer:in: „Bitte deutlich lesbar schreiben"

1. Vorname: …….. Zuname: ……..

2. Vorname: …….. Zuname: ……..

Absender:

Praxis
……
Straße
……
PLZ / Ort
……
Tel:
……
E-mail
……

Praxisstempel

Datum/Unterschrift

Anmeldung per Email bitte an: office@sola-laser.com