

# Einladung zum Teamseminar: Aktive Praxisführung

**deppe dental** gmbh

Dentalmedizinischer Fachhandel  
Einrichtung | Planung | Service

Owienfeldstraße 6  
30559 Hannover  
Telefon (0511) 95 99 70  
Telefax (0511) 59 17 77

*Ihr freundliches  
Dental Depot*

## Der Schlüssel zum Erfolg!

Sehr geehrte Damen und Herren,

in diesem Seminar erhalten Sie einen Rundgang vom Praxis-Knigge über die Servicepraxis, von der Praxisorganisation bis hin zu Kontrollmechanismen und Themen rund um das Praxisteam.

### Themen

- Praxis-Knigge (der richtige Umgang miteinander)
- Servicepraxis (wo stehen wir? - wo wollen wir hin?)
- Praxis Organisation (wie erleichtere ich mir das „Paxisleben“)
- Kontrollmechanismen (Abläufe kontrollieren und maximieren)
- Praxisteam
  - gutes Team
  - gute Patienten
  - gute Einnahmen

### Ein Handlungsleitfaden für den Praxisalltag

- a) Schaffen Sie ein Teamgefüge. Arbeiten Sie mit- und nicht gegeneinander. Streben Sie gemeinsame Ziele an.
- b) Erhöhen Sie den Service Ihrer Praxis, nicht nur Ihre Patienten werden es Ihnen danken.
- c) Fangen Sie an Ihre Praxis zu organisieren, aber auch sich selbst und Ihre Mitarbeiter. Es geht weniger schief und die Zufriedenheit steigt.
- d) Ohne Kontrollmechanismen verlieren Sie mehr als nur den Überblick über das Geschehen in Ihrer Praxis.

### Zielgruppe

Zahnärztinnen, Zahnärzte, Praxisteam



Dr. Nolte und Praxisteam

**3 Fortbildungspunkte**



Dr. Nolte

**Termin:** Freitag, 08. Juni 2012 von 14.00 - ca. 17.30 Uhr  
**Adresse:** deppe dental gmbh, Owiefenfeldstraße 6, 30559 Hannover  
**Referent:** Herr Dr. Jens Nolte, Zahnarzt  
Frau Kohnke, ZMV im Team Dr. Nolte  
**Teilnahmegebühr:** 1. Teilnehmer: 149,00 Euro zzgl. MwSt.  
ab 2. Teilnehmer: 99,00 Euro zzgl. MwSt.  
**Anmeldeschluss:** 21. Mai 2012  
**Fortbildungspunkte:** Auf der Grundlage der Punktebewertung von  
BZÄK/DGZMK werden 3 Fortbildungspunkte vergeben.

## Anmeldung zum Teamseminar

### Aktive Praxisführung

bitte faxen an: 0800 - 511 0 511

(kostenlose Faxnummer)

## Praxis

Name: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

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

Telefon: \_\_\_\_\_

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

## Teilnehmer/-innen

Titel, Name, Vorname \_\_\_\_\_

Titel, Name, Vorname \_\_\_\_\_

Titel, Name, Vorname \_\_\_\_\_

Titel, Name, Vorname \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum / Stempel / Unterschrift