

## Professionelle Betreuung von Implantatpatienten

In den letzten Jahren ist der Stellenwert der Implantologie enorm gestiegen. Immer mehr Patienten entscheiden sich für diesen hochwertigen und festsitzenden Zahnersatz. Nach der Einheilphase ist die professionelle Nachsorge durch regelmäßige Biofilmentfernung unter Beobachtung von beginnenden Veränderungen wie Mukositis oder Periimplantitis das oberste Ziel.

In diesem Kurs erlernen die zahnärztlichen Mitarbeiter/innen neben der regelmäßigen Biofilmentfernung Veränderungen um das Implantat zu diagnostizieren und geeignete Behandlungsmethoden einzuleiten. Außerdem lernen sie, durch fachlich kompetente und überzeugende Aufklärungsgespräche Patienten für den Recall zu gewinnen.

- Vorbehandlung
- Spezielle Anatomie
- Mukositis
- Periimplantitis
- Mikrobiologische Tests
- Biofilmentfernung
- Einstufung und Inhalt des Recallintervalls
- Recall-System

**Halbtageskurs für Praxispersonal**

**Dozentin: Regina Regensburger**

**Teilnehmer: 20**

**Kursnummer 13512**

**Mittwoch, 12. Juni 2013, 13.00 – 18.00 Uhr**

**Kursgebühr**

**€ 195,00 inkl. MwSt.**

**Prophylaxe**



**Regina Regensburger**

Ausbildung zur Zahnarzthelferin, ZMF und DH, Leitung der Prophylaxeabteilung einer Zahnarztpraxis, selbstständige Praxistrainerin

**Hiermit melde/n ich/wir mich/uns verbindlich zu nachfolgender Fortbildungsveranstaltung an:**

## Professionelle Betreuung von Implantatpatienten

Dozentin: Regina Regensburger

Kurs 13512, vitalsmile® Seminarraum, Bahnhofplatz 15, 94315 Straubing  
Mittwoch, 12. Juni 2013  
13.00 – 18.00 Uhr

€ 195,00 inkl. MwSt.

## Veranstalter

fortbildungsinstitut vitalsmile®  
Bahnhofplatz 15  
94315 Straubing  
Tel.: 09421-830 255

## Kursort

**vitalsmile® Seminarraum**  
Bahnhofplatz 15  
94315 Straubing

## Organisation/Anmeldung

**vitalsmile® GbR**  
– Sabine Ahlers –  
Bahnhofplatz 15  
94315 Straubing  
Tel.: 09421-830 255  
Fax: 09421-830 254  
kursorg@vitalsmile.de  
www.vitalsmile.de

Teilnehmer/in (Vor- und Nachname in Druckbuchstaben)

1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_ 4) \_\_\_\_\_

Rechnungsadresse ☐ Praxisanschrift ☐ Privatanschrift

Name / Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon / Telefax: \_\_\_\_\_

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

## Bezahlung

☐ Hiermit ermächtige/n ich/wir das fortbildungsinstitut vitalsmile®, die von mir/uns für die angegebene/n Fortbildungsveranstaltung/en zu entrichtende/n Kursgebühr/en frühestens vier Wochen vor Kursbeginn zu Lasten meines/unseres Kontos einzuziehen:

☐ Praxiskonto ☐ Privatkonto

Kontoninhaber/in \_\_\_\_\_

| Konto-Nr. | BLZ | Bank |
|-----------|-----|------|
|-----------|-----|------|

Die aktuellen Geschäftsbedingungen von **vitalsmile®** (unter [www.vitalsmile.de](http://www.vitalsmile.de) einsehbar) sind mir bekannt, mit ihrer Geltung bin ich einverstanden:

Datum

Unterschrift/Praxisstempel