

## Einladung zum Seminar: Prophylaxe Master Class – Teil 2

Mit neuen Kursinhalten – Update 1.4

Fortbildungspunkte  
5



### Prävention und Therapie parodontaler Erkrankungen und Periimplantitits

Dieser Kurs baut auf den Prophylaxe Master Class 1 auf. Hier werden erfahrenen, fortbildungs-orientierten Prophylaxekräften und interessierten Zahnärzte / innen Konzepte für das parodontale Biofilmmangement gezeigt.

Neben den speziellen Anforderungen tiefer Taschen ist die effektive und schonende Implantatreinigung ein wichtiges Thema. Die Lerninhalte basieren auf klinischen Studien. Der Theorie folgt die Praxis, so dass das Erlernete an Zahnmodellen umgesetzt werden kann.

#### Theoretische Lerninhalte

- Parodontitis & Periimplantitis-Management in der Zahnarztpraxis
  - Anamnese
  - Individualprophylaxesitzung bei einem PSI von 3 – 4
  - Recall - Festlegung & Organisation
- Einfluss der Parodontitis & Periimplantitis auf den gesamten Organismus
- Spezifisches Fachwissen rund um die Entstehung, Ursachen & Risiken parodontaler Erkrankungen
- Betreuung von Patienten mit Implantaten
- Nachhaltige Patientenmotivation
- Wirtschaftlichkeit



#### Praktischer Arbeitsteil

- Indikationsgerechtes Vorgehen bei anspruchsvollen parodontalen Taschen
- Modernste Technologien:
  - Piezon®
  - AIR-FLOW®



Wir freuen uns auf Sie!

Ihr Team der deppe dental gmbh

**EMS**<sup>+</sup>  
ELECTRO MEDICAL SYSTEMS

---

Prophylaxe Master Class Teil 2: Dienstag, 17. April 2018 von 14.00 - ca. 17.30 Uhr  
Depot: deppe dental gmbh  
Adresse: Owiefenfeldstraße 6, 30559 Hannover  
Referent: Sonja Weber-Matthies, Dental Coach der Swiss Dental Academy  
ZielgruppeTeil 2: Erfahrene Prophylaxekräfte, Teilnehmer aus dem Kurs Prophylaxe  
Master Class 1 (ZMF, ZMP, DH) und Zahnärzte/innen  
Teilnahmegebühr: 165,- Euro zuzügl. MwSt.  
Bei Buchung von Prophylaxe Master Class Teil 1  
und Teil 2 beträgt die Gebühr je Kurs 155,- Euro.  
Teilnehmer maximal: 12 Personen  
Anmeldeschluss: 03. April 2018

---

Anmeldung:

## Prophylaxe Master Class – Teil 2

bitte faxen an: 0800 - 511 0 511

### 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