

Seminar:

# Prophylaxe beim Risiko-Patienten

## Basiskurs & Professionalkurs



deppe dental gmbh • Grabenstraße 26 • 39576 Stendal

10.04.2019 ■ 09.30 – 18.00 UHR

Folgt uns auf: @deppe\_dental  
 @deppe\_dental

### Sehr geehrte Damen und Herren!

„**Biotop Mundhöhle**“: Erhaltung des bakteriellen Gleichgewichtes als Schlüsselfaktor für Patienten aller Altersgruppen, besonders für Risikopatienten und Merkmale zu Begleiterkrankungen!

### Seminarinhalte Basiskurs von 09.30 - 13:00 Uhr | 5 Fortbildungspunkte

Basics zur Risikoeinschätzung /Therapiekonzept / Recall:

- Bestimmung des individuellen Infektionsniveau
- Infektionskontrolle durch gezieltes Plaquemanagement
- Individuelle Wirkstofftherapie
- Mechanische und chemische Plaquekontrolle
- Fluoride Pro und Contra
- Hilfe aus der Natur
- PZR / Therapiekonzept
- Präventive und therapeutische Recallbestimmung

### Seminarinhalte Professionalkurs von 14:00 - 18:00 Uhr | 5 Fortbildungspunkte

Klassifikation Risikopatienten / Erkrankungsmerkmale:

- Herzerkrankungen
- Diabetes
- Strahlen- oder Chemotherapie
- Implantatpatienten
- Schwangerschaft
- Motorischen Einschränkungen (z.B. Parkinson / Demenz / Multiple Sklerose)

Begleiterkrankungen / Merkmale / Therapie:

- Speichelmangel
- Halitosis
- Aphten
- Candidainfektion-Soor
- Stomatitis
- Lippenherpes

Wir freuen uns auf Sie!

Ihr Team der deppe dental gmbh



Termin:  Teil 1, Mittwoch, 10. April 2019 von 09:30 - 13:00 Uhr, 95,00 € zzgl. MwSt.  
**(bitte ankreuzen)**  Teil 2, Mittwoch, 10. April 2019 von 14:00 - 18:00 Uhr, 95,00 € zzgl. MwSt.  
Depot: deppe dental gmbh  
Adresse: Grabenstr. 26, 39576 Stendal  
Referent: Frau Sabine Hiemer, Fachwirtin im Sozial- und Gesundheitswesen  
Teilnahmegebühr: Bei Buchung von beiden Kursen beträgt die Gebühr nur 170,00 Euro zzgl. MwSt.  
Anmeldeschluss: 27. März 2019  
Fortbildungspunkte: Auf der Grundlage der Punktebewertung von BZÄK/DGZMK werden **je Kurs 5 Fortbildungspunkte** vergeben.

Anmeldung:

## Prophylaxe beim Risiko-Patienten

bitte faxen an: 03931 - 79 64 82

### 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