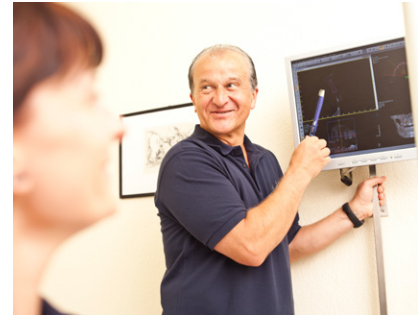


Praxistag – Praktisch, prothetisch gut!



© Marco Sensche

ZIELGRUPPE	Zahnärzte, Zahntechniker, Behandlungsteam
ORT	Gemeinschaftspraxis Dres. Brückner & Reiß, Bismarckstraße 7, 01257 Dresden
TERMIN, ZEIT	Freitag, 25. September 2015, 14.30 bis 18.00 Uhr
REFERENTEN	<div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 10px;"> <div style="display: flex; align-items: center;">  <div style="margin-left: 10px;"> <p>Dr. Matthias Brückner Facharzt für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie</p> </div> </div> <div style="display: flex; align-items: center;">  <div style="margin-left: 10px;"> <p>Dr. Martin Brückner, Fachzahnarzt für Oralchirurgie</p> </div> </div> <div style="display: flex; align-items: center;">  <div style="margin-left: 10px;"> <p>Kai-Uwe Himmel, Regionalleiter Ost, Nobel Biocare GmbH</p> </div> </div> </div>



Themenschwerpunkte

- prothetisch, chirurgische Fallvorstellung – interaktive Therapieplanung
- Implantatauswahl – lang vs. kurz; schmal vs. dick
- Live-Implantatberatung am Patienten
- ein paar Worte zur Patientenführung und Beratung

Hands-on

- Vorstellung unterschiedlicher Abformtechniken
- Tipps und Tricks, mögliche Fallstricke
- selbstständige Übungen am Modell
- auf Wunsch Besprechung eigener Fälle (gern an Hand von Röntgenbildern, Modellen)

Freuen Sie sich schon jetzt auf eine interessante Veranstaltung und melden Sie sich möglichst noch heute mit umseitigem Formular an. Die Anzahl ist auf max. 8-10 Teilnehmer begrenzt. Bitte planen Sie im Anschluss gerne Zeit für einen Imbiss und kollegialen Austausch ein.

Wir freuen uns auf Sie!

Ihre Gemeinschaftspraxis Dres. Brückner & Reiß

Kursanmeldung

Bitte pro Person/Kurs ein Formular ausfüllen, per Post zurücksenden, zurückfaxen an: **0351 / 203 07 90** oder via Mail an: **info@implantatzentrum-brueckner.de** - **Anmeldeschluss ist der 31.08.2015.**

KURS-NR.	122419
TERMIN, ZEIT	Freitag, 25. September 2015, 14.30 bis 18.00 Uhr
ORT	Gemeinschaftspraxis Dres. Brückner & Reiß, Bismarckstraße 7, 01257 Dresden
GEBÜHR	kostenfrei

Ich melde mich zu der oben genannten Veranstaltung unter den unten aufgeführten Anmeldebedingungen verbindlich an.

Teilnehmerdaten

FRAU HERR NOBEL BIOCARE KUNDENNR. (falls bekannt)

TITEL, BERUF

NAME, VORNAME

PRAXIS/LABOR

STRASSE

PLZ, ORT

TELEFON

FAX

E-MAIL

GEBÜHR **kostenfrei**

STEMPEL/DATUM/UNTERSCHRIFT