

FORTBILDUNG FÜR ZAHNMEDIZINISCHE ASSISTENZ- UND VERWALTUNGSBERUFE

Kreuzen Sie bitte Ihren Fortbildungskurs an und faxen Sie uns Ihre Anmeldung an **0251/ 507 65 603** zurück.
 Sie erhalten **5% Rabatt** bei Onlineanmeldung unter www.zahnaerzte-wl.de

Fachtagung für Zahnmedizinische Assistenzberufe

- Veranstaltung für Prophylaxeberufe (ZMP, ZMF) Akademie für Fortbildung · Auf der Horst 31 · 48147 Münster · Tel. 0251/507603	Sa, 14.07.2018 08:30 – 16:30 h	ZFA: 85,- € Kurs-Nr.: 18 342 700 <input type="checkbox"/>
- Veranstaltung für ZFA/ZH Akademie für Fortbildung · Auf der Horst 31 · 48147 Münster · Tel. 0251/507603	Sa, 14.07.2018 08:30 – 16:30 h	ZFA: 85,- € Kurs-Nr.: 18 342 701 <input type="checkbox"/>
- Workshop für DH's Der Risiko-Patient: Diabetiker, Einführung einer Diabetes-Sprechstunde mit Blutzuckermessung S. Alkozei, DH, Bruchhausen-Vilsen Akademie für Fortbildung · Auf der Horst 31 · 48147 Münster · Tel. 0251/507603	Sa, 14.07.2018 08:30 – 16:30 h	ZFA: 85,- € Kurs-Nr.: 18 342 702 <input type="checkbox"/>

Tagungsprogramm für ZFA/ZH:

08:30 h Einschreibung/kleines Frühstück
 09:00 h Begrüßung, **ZA Hans-Joachim Beier, Mitglied des Vorstandes der ZÄKWL**

- 09:15 – 10:00 h Früh übt sich
 Pfeiler der Kariesprophylaxe im Kinder- und Jugendalter
DH S. Bone-Winkel, Rostock
- 10:00 – 10:45 h Gesprächsführungen
 ...es tut ja gar nicht weh...!
Angelika Doppel, Herne
- 11:15 – 12:00 h Leben mit Hepatitis und Aids - heute
Ulrich Besting, Münster
- 12:00 – 12:45 h Bestimmung, Akzeptanz und Anwendbarkeit von drei
 Handzahnbürsten bei Kindern unter drei Jahren im Rahmen
 der Kita-Betreuung
Dr. Verónica León Moreta, Alpen
- 14:00 – 14:45 h Die professionelle Politur
DH Sabine Dogan, Hoffenheim
- 14:45 – 15:30 h Mitdenken!!! – Betreuung von Patienten, die
 blutgerinnungshemmende Medikamente nehmen
DH Agnes Pigulla, Iserlohn
- 15:45 – 16:30 h Verhaltensformen und hypnotische Kommunikation in der
 Kinderzahnheilkunde
Dr. J. Schmoeckel, Greifswald

Tagungsprogramm für ZMP/ZMF:

- Prävention oraler Erkrankungen bei Patienten mit
 schweren gesundheitlichen Beeinträchtigungen
Prof. Dr. P. Cichon, Uni Witten-Herdecke
- PA Therapie mit regenerativer Selbstheilung
Dr. R. Möbius, Brühl
- Sie fragen, wir antworten!
Dipl. DH Irene Thiesen, ZÄKWL
DH Doris Brinkmann, ZÄKWL
- Hepatitis und Aids: Wie normal ist die HIV Infektion
 im heutigen Alltag und wie gefährlich sind eigentlich
 HBV- und HCV-Infektionen?
N.N.
- Instrumentierung der Wurzeloberfläche im Rahmen der
 Parodontitistherapie
PD Dr. Graetz, Kiel
- Kariesprävention bei Kindern:
 Die Rolle von Mundhygiene, Ernährung und Fluoriden
Dr. J. Schmoeckel, Greifswald
- Periooperatives Management von Patienten unter
 antikoagulativer Therapie
DH Agnes Pigulla, Iserlohn

Verbindliche Anmeldung

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der Akademie für Fortbildung der ZÄKWL (einsehbar unter www.zahnaerzte-wl.de) werden Bestandteil des mit uns geschlossenen Vertrags. Mit Unterschrift dieser Anmeldung akzeptieren Sie deren Geltung.

Kursteilnehmer: _____ (Vor- u. Nachname, Geburtsdatum) Anschrift: _____ _____ _____ Datum, Unterschrift Teilnehmer Zahlungspflichtiger sofern abweichend: _____ (Vor- u. Nachname, Geburtsdatum) Zahlungspflichtiger Adresse / ggfs. Praxisstempel: <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div> Datum, Unterschrift Zahlungspflichtiger	<input type="checkbox"/> Zahlung per Überweisung <input type="checkbox"/> SEPA Lastschriftmandat Ich ermächtige die Zahnärztekammer Westfalen-Lippe, einmalig eine Zahlung von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Mandatsreferenz _____ (ggfs. von ZÄKWL auszufüllen) Mandatsreferenz (Mitglieds-/Teilnehmer-Nr.) _____ Kontoinhaber _____ Vorname und Name _____ Straße und Hausnummer _____ PLZ und Ort _____ Kreditinstitut (Name) _____ BIC _____ / _____ DE _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ IBAN _____ Ort, Datum Unterschrift _____
---	---

