

Zahn raus - was nun?

Samstag, 30. März 2019



9:30 Uhr Begrüßung

9:45 – 11:00 Uhr **Dr. Dr. Anette Strunz, Berlin**

Aus der Praxis für die Praxis: Der Umgang mit der Extraktionsalveole

- Gesteuerte Knochenregeneration: das Working-Horse bei der Knochenaugmentation
- Kieferkammerhaltende Maßnahmen nach Zahnextraktion
- Backward planning but forward thinking
- Umgang mit der infizierten Alveole
- Behandlung von Mund-Antrum-Verbindungen
- Komplikationsvermeidungsstrategien

11:00 – 11:30 Uhr Kaffeepause

11:30 - 12:30 Uhr **Dr. Roman Beniashvili, Schorndorf**

Zahn raus – was nun? Therapiekonzepte nach Zahnextraktion

Knochenaufbauten vor oder während einer Implantation sind zwar voraussagbar durchführbar, aber immer mit erhöhtem Risiko verbunden hinsichtlich Morbidität, Behandler-Sensitivität und Patienten-Compliance. Daher bekommt das Handling von Alveolen in zukünftigen Implantationssitus immer mehr Bedeutung. In diesem Vortrag werden wissenschaftliche Daten und klinische Vorgehensweisen nach Zahnverlust vorgestellt und praxisnah diskutiert.

- Heilungsprozesse nach Extraktion
- Implantationszeitpunkte: Sofort, Früh, Spät
- Socket-Preservation vs. Ridge-Preservation
- Vor- und Nachteile verschiedener Therapiekonzepte

12:30 – 13:30 Mittagspause

Workshop I für Zahnärztinnen und Zahnärzte (max. 24 Teilnehmer)



13:30 -16:30 Uhr **Dr. Roman Beniashvili**

- Ridge-Preservation inkl. Weichgewebeverschluss
- Lappentechniken unter Anwendung der Geistlich Mucograft® Seal
- Guided Bone Regeneration mit Geistlich Bio-Oss® & Geistlich Bio-Gide®

15:00-15:15 Uhr **Kaffeepause für alle Workshopteilnehmer/-innen**

Workshop II für Zahnärztinnen und Zahnärzte und das Praxispersonal

13:30- 16:30 Uhr **Sabine Schmidt**

Die Abrechnung augmentativer Maßnahmen nach Zahnextraktion und die hieraus resultierenden Reaktionen der privaten Kostenträger

Kursgebühren:

€ 175,- je ZÄ/ZA (einschließlich einem Workshop, Anmeldung erforderlich)

€ 45,- je ZFA (Workshop II von 13:30 – 16:30 Uhr)

Die Kursgebühr beinhaltet 19% Mehrwertsteuer, Getränke sowie Pausensnacks

Die Verteilung der Plätze im Workshop erfolgt nach dem Eingangsdatum der Anmeldung.

Veranstaltungsort:

Fortbildungsakademie Zahnmedizin
Rhonestraße 4
60528 Frankfurt

Ansprechpartner:

Michelle Klecz
Tel: 069/427275-182
Mail: klec@fazh.de

Fortbildungspunkte:

Wissenschaftliches Programm: 5
Workshop: 3

Mit freundlicher Unterstützung von

Geistlich
Biomaterials

AESCULAP®
Aesculap - a B. Braun company.

DZR Deutsche
Zahnärztliche
Rechenzentren
- der Dr. Güldener Gruppe -

Zur Anmeldung benutzen Sie bitte die Faxanmeldung auf der Rückseite.

Anmeldung Zahn raus – was nun? per Fax an 069 427275-182



Kurs-Nr. — am 30. März 2019

Zahnärztin/Zahnarzt

Name, Vorname _____

Straße, Haus-Nr. _____ PLZ, Ort _____

Telefon _____ Mobil _____

E-Mail _____ FAX _____

Ich möchte an folgendem Workshop teilnehmen:

Workshop I Workshop II

Die Verteilung der Plätze im Workshop erfolgt nach dem Eingangsdatum der Anmeldung.

Zahnmedizinische Fachangestellte (Workshop II von 13:30 – 16:30 Uhr)

Name, Vorname _____

Straße, Haus-Nr. _____ PLZ, Ort _____

Telefon _____ Mobil _____

E-Mail _____ FAX _____

Die Zahlung der Gebühr erfolgt durch

Überweisung auf das Konto der Deutschen Apotheker- und Ärztebank eG

IBAN: DE53 3006 0601 0004 2633 24, BIC: DAAEDED3

Überweisung durch Teilnehmer Arbeitgeber _____

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE55FZH00000556826; Mandatsreferenz: wird mit Rechnung mitgeteilt

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die FAZH GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der FAZH GmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kreditinstitut (Name und BIC)

IBAN: D E _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ Kontoinhaber _____

Datum _____ Unterschrift des Kontoinhabers _____

Praxisstempel

Die FAZH erhebt, verarbeitet und speichert die von Ihnen eingegebenen Daten ausschließlich zum Zwecke der Verarbeitung Ihrer Anmeldung und gemäß den Regelungen der DSGVO. Der Schutz Ihrer Daten ist uns sehr wichtig. Im Anhang finden Sie unsere Datenschutzerklärung.

Einwilligung:

Ich bestätige, dass ich die Datenschutzerklärung der FAZH gelesen und verstanden habe.

Eine Bearbeitung der Anmeldung ohne Ihre Einwilligung ist uns leider nicht möglich. Hierfür bitten wir um Ihr Verständnis.