



Northeim, 11. September 2010



## Knochenaufbau in der zahnärztlichen Implantologie

### Programm

#### Knochenaufbau in der zahnärztlichen Praxis

Lernen Sie in diesem Kurs von zwei erfahrenen Praktikern die Techniken des Knochenaufbaus für eine sichere Implantation kennen. In Theorie und Praxis erfahren Sie alles über etablierte Augmentationstechniken sowie über die Gewinnung und den Einsatz von autologem Knochen. Sie haben außerdem die Möglichkeit, praktisch zu arbeiten und damit wertvolle Sicherheit für Ihren Praxisalltag zu gewinnen.

#### Theoretischer Teil

- Grundlagen Knochenphysiologie und -pathologie, Defektformen; Membrantechnik, Knochenersatzmaterialien
- Bone Spreading, Knochentransplantate, Osteosynthese, Sinuslift, Schnittführung und Naht

#### Praktischer Teil

- Übungen am Schweinekiefer: Bone Spreading, Setzen eines Boneshields, Zylinderinversionsplastik
- Knochenblockentnahme, Sinuslift, Knochenkerne mit dem Trepanbohrer, Entnahme partikulären Materials



## Kursdetails

**Referenten:** Dr. Wolfram Hahn, Dr. Stephan Klotz

**Veranstaltungsort:** Deerberg Dentaltechnik GmbH  
Robert Bosch Str. 1, 37154 Northeim  
Fon: 05551 66020, Fax: 05551 915676  
E-mail: info@deerberg-dental.de  
www.deerberg-dental.de

**Datum/Zeit:** Samstag, 11. September 2010, 9–18 Uhr

**Gebühr:** 450 Euro zzgl. MwSt.

**Veranstalter/Anmeldung:** Deerberg Dentaltechnik GmbH  
Robert Bosch Str. 1, 37154 Northeim  
Fon: 05551 66020, Fax: 05551 915676

Die Veranstaltung wird mit 8 Punkten bewertet. Die Leitsätze und Empfehlungen der BZÄK zur zahnärztlichen Fortbildung wurden anerkannt. Die Punktebewertung erfolgt nach BZÄK und DGZMK.



Dr. Wolfram Hahn



Dr. Stephan Klotz

## ANMELDUNG PER FAX: 05551 915676

Deerberg Dentaltechnik GmbH, Robert Bosch Str. 1, 37154 Northeim

Ja, ich nehme mit \_\_\_\_\_ weiteren Personen an der Veranstaltung am 11. September 2010 in Northeim teil.

\_\_\_\_\_  
Name 1. Teilnehmer

\_\_\_\_\_  
Name 2. Teilnehmer

\_\_\_\_\_  
Name 3. Teilnehmer

\_\_\_\_\_  
Straße/PLZ/Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon/Fax

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift

Praxisstempel