

Seminarthema:

Tiefziehtechnik-Workshop

Referent

Herr Sascha Salker
Zahntechniker
Gebietsleiter Mitte Scheu Dental

Zielgruppe

Praxisteam
Zahnärzte/- innen
Helfer/- innen

Fortbildungspunkte:

4

Die Fortbildungsveranstaltung entspricht den Leitsätzen und Empfehlungen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) vom 01.01.2006 einschließlich der Punktebewertungsempfehlung des Beirates Fortbildung der BZÄK und DGZMK.

Veranstalter

C. Klöss Dental
GmbH & Co. Betriebs KG
Weitzesweg 22-24
61118 Bad Vilbel
Tel.: 06101 / 30 739-0
Fax: 06101 / 30 739-33

Kursbeschreibung

Mit dem Thema Tiefziehtechnik ist die Firma SCHEU-DENTAL seit Jahrzehnten kompetenter Ansprechpartner für die Behandlung verschiedenster Indikationen. In diesem Workshop zeigen wir Ihnen verschiedene Beispiele für die Vielseitigkeit unseres Tiefziehtechnik-Portfolios.

Von der Knirscher-Schiene über Bleaching-Schienen bis zum Aligner aus CA PRO erklären und zeigen wir die verschiedenen Facetten der Tiefziehtechnik.

Kursinhalte

Theoretischer Teil

- Grundlagen der Tiefziehtechnik
- Materialien und Eigenschaften
- Vorbereitung, Herstellung, Bearbeitung und Einsatz verschiedener Schienen
- Abrechnungsmöglichkeiten

Praktischer Teil

- Arbeiten mit der BruxChecker Folie
- Herstellung von Alignern mit der CA Pro-Folie
- Schienenherstellung mit DURAN und DURASOFT
- Anwendungsmöglichkeiten der COPYPLAST-Folie
- Herstellung einer Bleachingschiene
- Arbeiten mit dem Tiefziehgerät Ministar® S

Hinweis:

Bringen Sie ihre Eigenen Modelle mit und Erstellen sie sich Ihren Brux Checker oder ihren Aligner.

Die Teilnehmerzahl ist auf 8 Personen begrenzt!
Jeder Teilnehmer erhält ein Zertifikat.

Bitte nutzen Sie zur Anmeldung die Faxantwort auf der Rückseite!

JETZT
anmelden!

Fax: 06101 / 3 07 39-33
E-Mail: b.brandt@kloess-dental.de

Seminartermin

Tiefziehtechnik-Workshop

Donnerstag, 22. Juni 2023 • 13:00 Uhr – 16:00 Uhr

Veranstaltungsort

C. Klöss Dental
GmbH & Co. Betriebs KG
Weitzesweg 22-24
61118 Bad Vilbel

Information

Brigitte Brandt
Seminarorganisation
C. Klöss Dental
GmbH & Co. Betriebs KG
Tel.: 06101 – 3 07 39 35
b.brandt@kloess-dental.de

Anmeldung

Ich melde mich/uns hiermit verbindlich für das oben genannte Seminar an.

Ich/wir nehme/n mit _____ Personen teil.

Teilnehmer

Bitte ankreuzen:

B = Behandler/-in, **AZA** = Assistenz Zahnarzt/-ärztin, **ZFA** = Zahnmedizinische Fachangestellte

	B	AZA	ZFA
Name, Vorname: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Name, Vorname: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Name, Vorname: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Name, Vorname: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Teilnahmegebühr

Die Teilnahmegebühr beträgt 99,00 €/Person

* Alle angegebenen Preise verstehen sich zzgl. MwSt.

Praxisanschrift /Praxisstempel

Name: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Tel.: _____

E-Mail: _____

Ort, Datum

Unterschrift