



DGfAN

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR
AKUPUNKTUR UND NEURALTHERAPIE e. V.

Ärzte und Zahnärzte - gemeinsam an einem Strang ziehen!

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

die Deutsche Gesellschaft für Akupunktur und Neuraltherapie hat die Zahnärzte in ihre Ausbildung mit eingeschlossen. Aufgrund des Anstieges chronischer Schmerzphänomene rückt die Zahnheilkunde mit ihren Möglichkeiten weiter ins Zentrum der Medizin. Der Ausbildungsteil „Regulationsmedizin für Zahnärzte“ umfasst insgesamt 140 Stunden zur Neuraltherapie, Akupunktur und interdisziplinären Behandlung von Schmerzpatienten.

Ich darf Sie daher auf den Kurs **„Arzt und Zahnarzt – ganzheitlich an einem Strang!“**

(ZAK-05/NT-MK-14) aufmerksam machen. Es geht dabei um die gemeinsame zahnärztlich-ärztliche Behandlung von Patienten mit **cranio-mandibulären, cranio-cervicalen und cranio-sacralen Dysfunktionen**.

Es wird die Diagnostik und Therapie besprochen und demonstriert. Der Kurs ist für Zahnärzte und deren ärztliche Cotherapeuten (Neuraltherapeuten, Akupunkteure, Manualmediziner) gleichermaßen geeignet.

Kurstermin/ 3./4. November 2017

Kurszeiten: 03.11.2017, 09.00-19.00 Uhr, 04.11.2017, 09.00-17.00 Uhr

Kursort: Praxis Dr. med. dent. Ralph-Steffen Zöbisch, Bahnhofstraße 35, 07985 Elsterberg

Tel. 036621/20076, Fax: 036621/29028

Kursleiter: Dr. med. dent. Ralph-Steffen Zöbisch

Kursgebühr: **380,00 €**

Aufschlag für Nichtmitglieder **100,00 €**

Maximale Teilnehmerzahl: 16

Stornierungsbedingungen:

Falls die Mindestteilnehmerzahl 5 Tage vor Kursbeginn nicht erreicht ist, kann der Kurs abgesagt werden. Ebenso wird 28 Tage vor Kursbeginn die Anmeldung verbindlich. Bei Abmeldung nach diesem Termin werden 20% der Teilnahmegebühr fällig. Bei Absagen ab 5 Tage vor Kursbeginn werden 50% der Teilnahmegebühr fällig!

Bitte senden Sie beiliegendes Anmeldeformular per Post oder Fax an die DGfAN-Geschäftsstelle und überweisen Sie die Kursgebühr unter Angabe des Kurscodes auf das angegebene Konto. Ihre Anmeldung ist verbindlich nach Eingang der Rückmeldung und der Kursgebühren. Auf Wunsch erhalten Sie eine Bestätigung per Fax oder E-Mail. Weitere Fragen beantworten wir Ihnen gerne unter Telefon (03 66 51) 5 50 75, E-Mail: DGfAN@t-online.de.

Wir wünschen Ihnen eine gute Anreise und verbleiben
mit freundlichen Grüßen

Ihr

Dr. med. dent. Ralph-Steffen Zöbisch

Kursleiter

Anlagen

Kursinhalt, Rückmeldeformular

Inhalte des Kurses:

Die interdisziplinäre Schmerztherapie nimmt einen steigenden Stellenwert ein. Die Zahnheilkunde kann dem Arzt (Heilpraktiker, Osteopathen, Physiotherapeuten...) erhebliche Unterstützung geben in den Bereichen:

1. Funktionstherapie (Zähne- Biss- Kiefergelenke- Halswirbelsäule- Funktionskette nach Wander/ und das in absteigender und aufsteigender Richtung),
2. Bedachter Materialeintrag in das System (Zahnmaterialien, Implantate ...) und deren Wirkung in dem Körper (Lymphsystem, Entgiftungssysteme...),
3. Entzündungsreduktion, auch bei niederschwelligen Formen (ganzheitliche Prophylaxe/ Parodontosetherapie/ gezielter Einsatz von medizinischem Sauerstoff).

Diese 3 interdisziplinären Behandlungsoptionen werden aus Sicht der beteiligten Fachrichtungen beleuchtet und immer wieder der „kleinste, gemeinsame Nenner“ zusammengezogen.

Befundung: Oralbefund, Röntgenbefund, Muskelbefund, Gelenkbefund,
Orthopädisches Befundungsscreening in Korrelation zum zahnärztlichen Funktionsbefund,

Funktionstest: als roter Faden der gemeinsamen Therapie, Osteopathiecheck.
Herbeiführung eines ganzheitlichen Therapieentscheides

praktisches gemeinsames Training: Funktionsscreening, themenbezogene Neuraltherapie für Ärzte und Zahnärzte, einschließlich Störfeld- und Triggerpunkttherapie, Registraturmaßnahmen für Zahnarzt.

Fax-Antwort 036651/55074
oder Kopie unterzeichnet im Fensterumschlag senden an:

DGfAN-Geschäftsstelle
Mühlgasse 18b

07356 Bad Lobenstein

ANMELDUNG
(gilt als Rechnung*)
Zahnartzkurs/Neuraltherapie-Masterkurs – 03./04.11.2017
„Arzt und Zahnarzt – ganzheitlich an einem Strang!“
Kennwort: ZAK-05/NT-MK-14-Elsterberg

Hiermit melde ich mich verbindlich zum Zahnartzkurs/Neuraltherapie-Masterkurs an:

Name: Vorname:

PLZ Wohnort: Straße:

Tel. Fax:

Überweisung an: E-Mail

DGfAN
IBAN: DE07 8304 0000 0271 2933 00
BIC: COBADEFFXXX

Kursgebühr: 380,00 €
Aufschlag für Nichtmitglieder: 100,00 €

erfolgte am in Höhe von €

Mitglied DGfAN: ja**/nein** Arzt/ Zahnarzt/ Tierarzt**

Die Anmeldung ist verbindlich nach Eingang der Kursgebühren!

☐ **Auf Wunsch bestätigen wir die verbindliche Anmeldung per Fax oder E-Mail.**

....., den

.....
Unterschrift/Stempel

Haftungsausschluss:

Eine Haftung wird hiermit nachdrücklich von der DGfAN ausgeschlossen!

* Diese Rechnung gilt als Steuervorlage, das Original bitte zur Vorlage beim Finanzamt aufheben.
Steuer-Nr.: 161/141/24250

** Nichtzutreffendes bitte streichen