



# DGfAN

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR  
AKUPUNKTUR UND NEURALTHERAPIE e.V.

Mitglied im ICMART – International Council of Medical Acupuncture and Related Techniques,  
im ECPM – European Council of Doctors for Plurality in Medicine  
und in der HUFELANDGESELLSCHAFT FÜR GESAMTMEDIZIN e.V.

## Ärzte und Zahnärzte - gemeinsam an einem Strang ziehen!

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

aufgrund des Anstieges chronischer Schmerzphänomene rückt die Zahnheilkunde mit ihren Möglichkeiten weiter ins Zentrum der Medizin. Aus diesem Grund hat die Deutsche Gesellschaft für Akupunktur und Neuraltherapie Zahnärzte in ihre Ausbildung eingebunden.

Der Ausbildungsteil „Regulationsmedizin für Zahnärzte“ umfasst insgesamt 140 Stunden zur Neuraltherapie, Akupunktur und interdisziplinären Behandlung von Schmerzpatienten.

Ich darf Sie daher auf den Kurs **ZAK-05 / NT-MK-14** aufmerksam machen.

Es handelt sich um die zahnärztlich-ärztliche Behandlung von Patienten mit **cranio-mandibulären, cranio-cervicalen und cranio-sacralen Dysfunktionen**. Es werden Diagnostik und Therapie besprochen und demonstriert. Der Kurs ist für Zahnärzte und deren ärztliche Cotherapeuten (Neuraltherapeuten, Akupunkteure, Manualmediziner) gleichermaßen geeignet.

**Kurstermin:** 07. - 08. November 2025

**Kurszeiten:** Fr. 07.11.2025 von 09.00 bis 19.00 Uhr  
Sa. 08.11.2025 von 09.00 bis 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:**

Mitglieder: 450,00 €  
Nichtmitglieder 550,00 €

Bitte senden Sie beiliegendes Anmeldeformular ausgefüllt an die DGfAN-Geschäftsstelle.

Weitere Fragen beantworten wir Ihnen gerne unter Telefon 036651/55075 oder über E-Mail: [info@dgfan.de](mailto:info@dgfan.de).

Wir wünschen eine gute Anreise und verbleiben  
mit freundlichen Grüßen

Dr. med. dent. Ralph-Steffen Zöbisch  
Kursleiter

Anlage:  
Rückmeldeformular

**Stornierung:** Falls die Mindestteilnehmerzahl 5 Tage vor Kursbeginn nicht erreicht ist, kann der Kurs abgesagt werden. In diesem Falle werden 100 % der Kursgebühren erstattet. Sonstige Stornierungskosten werden nicht übernommen. Ebenso wird 28 Tage vor Kursbeginn Ihre Anmeldung verbindlich. Bei Abmeldung nach diesem Termin werden 20% der Teilnahmegebühr fällig. Bei Absagen 5 Tage vor Kursbeginn werden 50% der Teilnahmegebühr fällig!

## **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.

Ihre Antwort senden Sie bitte per E-Mail an [info@dghan.de](mailto:info@dghan.de), per Fax 036651/55074, oder per Post an:

DGfAN-Geschäftsstelle  
Mühlgasse 18b  
07356 Bad Lobenstein

## ANMELDUNG

**Zahnartzkurs/Neuraltherapie-Masterkurs – 07.-08.11.2025**

**„Arzt und Zahnarzt – ganzheitlich an einem Strang!“**

**Kennwort: ZAK-05/NT-MK-14-Elsterberg**

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

Titel: .....

Name: ..... Vorname: .....

PLZ Wohnort: ..... Straße: .....

Tel. ....

E-Mail: .....

### **Kursgebühr:**

Mitglieder: 450,00 €

Nichtmitglieder 550,00 €

### **Überweisung nach Erhalt der Rechnung an:**

DGfAN

Dt. Apotheker- und Ärztebank

IBAN: DE79 3006 0601 0008 3699 33

BIC: DAAEDEDXXX

Mitglied DGfAN\*: ja / nein

Arzt / Zahnarzt / Tierarzt\*

....., den .....

.....

Unterschrift/Stempel

### **Haftungsausschluss:**

**Eine Haftung wird hiermit nachdrücklich von der DGfAN ausgeschlossen!**

\* Nichtzutreffendes bitte streichen