



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,

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: 05./06. November 2021

Kurszeiten: Fr. 05.11.2021 von 09.00 bis 19.00 Uhr
Sa. 06.11.2021 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: 380,00 €
Nichtmitglieder 480,00 €

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@dghan.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@dgfan.de, per Fax 036651/55074, oder per Post an:

DGfAN-Geschäftsstelle
Mühlgasse 18b

07356 Bad Lobenstein

ANMELDUNG

Zahnartzkurs/Neuraltherapie-Masterkurs – 05./06.11.2021
„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: 380,00 €
Nichtmitglieder 480,00 €

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