

WORKSHOP
„CONSCIOUS SEDATION FOR ORAL SURGERY”

REFERENT: Dr. Dr. W. Jakobs, Privatklinik für zahnärztliche Implantologie
Und ästhetische Zahnheilkunde – IZI, Speicher

DATEN: Freitag, 17.09.2010, 14.30 – 18.30 Uhr
Samstag, 18.09.2010, 09.00 – 12.00 Uhr, 13.00 – 17.30 Uhr
Sonntag, 19.09.2010, 09.00 – 13.00 Uhr

KURSORT: Privatklinik für zahnärztliche Implantologie und
ästhetische Zahnheilkunde – IZI
Bahnhofstr. 54, 54662 Speicher
Tel.: 06562/9682-0 ° Fax: 06562/9682-50
E-Mail: IZI-GmbH.Speicher@t-online.de



Kursgebühr: 630,- € (inkl. 19 % Mwst)

Teilnehmerzahl: maximal 15-20 Personen

Kursbeschreibung:

Sedationsverfahren gewinnen in der operativen Zahnheilkunde zunehmend an Bedeutung und sind für die Durchführung umfangreicher oralchirurgischer Eingriffe oder implantologischer Maßnahmen unerlässlich.

Neben einer effektiven Schmerzausschaltung durch Lokalanästhesie ist ein Abbau von Angst und Stress durch sedierende Maßnahmen wünschenswert. Zudem erfordern gerade umfangreiche und langandauernde implantologische Therapieverfahren eine gute Kooperationsbereitschaft des Patienten.

In Anlehnung an die internationalen Fortbildungsprogramme der „European Federation for the Advancement of Anesthesia in Dentistry – EFAAD“ und unter Berücksichtigung der Guidelines für Sedationsverfahren der „American Dental Society of Anesthesiology – ADSA“ sowie der „SAAD“, UK, werden Theorie und Praxis von Sedationsmaßnahmen dargestellt.

Kursschwerpunkte sind:

- Sedationstechniken – Theorie und Praxis mit Live OP's
- Pharmakologie
- Monitoring
- Komplikationen
- Zwischenfälle und Notfälle

Der erste 4stündige theoretische Kursteil findet am

Freitag, den 17.09.2010 statt.

Ein theoretischer/praktischer Kursteil mit anschließender Leistungskontrolle schließt sich am

Samstag, den 18.09.2010, 09.00 – 12.00 Uhr und 13.00 – 17.00 Uhr an.

Im Anschluss an den theoretischen Kursteil ist am Freitagabend (17.09.2010) um 19.00 Uhr ein gemeinsames Abendessen der Teilnehmer mit den Referenten vorgesehen. Die Reservierung erfolgt auf Anfrage

Der Kurs soll allen Teilnehmern nach Abschluss die Möglichkeit eröffnen, Sedationsverfahren selbstständig durchzuführen.

Die Termine zu weiterführenden individuellen Schulungsprogrammen können nach Absprache mit der Kursleitung festgelegt werden.

Referentenvorstellung:

Dr. Dr. Wolfgang Jakobs, Arzt, Zahnarzt für Oralchirurgie in Speicher;
Mitglied des „Continuing Education Committees“ der „American Dental Society of Anesthesiology – ADSA“,
Beauftragter des BDO zum Themenbereich „Zahnärztliche Anästhesie“ im Rahmen des „BDO-Continuing
Education Programs“; Referent und Autor nationaler und internationaler Publikationen im Themenbereich
„Zahnärztlicher Anästhesie“ und „Sedationsverfahren“

Organisatorisches:

Sollten Sie sich zur Teilnahme an dem Kurs „Conscious Sedation for Implantology“ entscheiden, bitten wir, die abgedruckte Anmeldung unter Angabe der gewünschten Teilnehmerzahl an unsere Fax-Nummer: 06562/9682-50 zu senden. Hotelreservierung kann über unsere Klinik erfolgen. Nach Eingang Ihrer Anmeldung erhalten Sie eine vorläufige Anmeldebestätigung mit der Aufforderung, die Teilnahmegebühr i.H.v. 630,--€ (incl. 19% Mwst.) per Verrechnungsscheck vor Kursbeginn bis 10.09.2010 an uns zu zahlen.

Bis zum Eingang des Verrechnungsschecks werden wir Sie als angemeldeten Teilnehmer auf einer vorläufigen Teilnehmerliste führen. Nach Eingang des Verrechnungsschecks erhalten Sie eine entsprechende Bescheinigung, die die endgültige Teilnahmemöglichkeit am Kurs bestätigt.

Achtung:

Aus organisationstechnischen Gründen kann eine endgültige Teilnahme ausschließlich erst nach Eingang des Verrechnungsschecks über die Teilnahmegebühr i.H.v. 630,--€ bestätigt werden und erfolgen.
Die Kursgebühr kann nach Anmeldung nicht zurückerstattet werden, der Kursplatz ist jedoch auf einen anderen Teilnehmer übertragbar. Wir bitten um Ihr Verständnis und um entsprechende Berücksichtigung!

Anmeldung (per Fax an: 06562/9682-50)

Hiermit melde ich **verbindlich**Personen für die Teilnahme am **Workshop “Conscious Sedation for Oral Surgery“** in der „Privatklinik für zahnärztliche Implantologie und ästhetische Zahnheilkunde – IZI“, Speicher an:

Name _____

17./18./19.09.2010

Straße _____

Plz, Ort _____

Tel.: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Ort, Datum _____

Stempel, Unterschrift: _____