



7. Saarbrücker Curriculum CMD/Orofazialer Schmerz 2019

auf Grundlage der wertebasierten Medizin

Zahnärztliche Privatpraxis Dr. Horst Kares

Docteur en Chirurgie Dentaire (Nancy/Frankreich) - Diplomate American Board of Orofacial Pain (ABOP)
Grumbachtalweg 9 • 66121 Saarbrücken

Tel: 0681 / 89 40 18 / Fax: 0681 / 968 76 442 oder 0681 / 89 75 95, www.dr-kares.de
max. 16 Teilnehmer / jeweils 22 Fortbildungspunkte/Kurs BZÄK/DGZMK/Ärztchamber Saarland
Für Zahnärzte, Ärzte und Physiotherapeuten

CMD/Orofaziale Schmerzen Teil I- 25.-27.01.2019	CMD/Orofaziale Schmerzen Teil II – 15.-17.02.2019	CMD/Orofaziale Schmerzen/Störungen Teil III – 15.-17.03.2019	CMD/Orofaziale Schmerzen Patientenworkshop Teil IV-13.-15.09.2019 Update 2019
<p>Theorie Wertebasierte Medizin? Eminenz oder Evidenz? Placebo- /Nocebo-Effekte CMD-Begriffe / Anatomie Prävalenz/Symptomatik Prädiktoren/Risikofaktoren Okklusale Instabilität: odontogen, muskulär, artikulär, traumatisch, neurologisch oder psychogen? Literaturliste</p> <p>Praxis Flowchart Diagnostik Strukturierte Anamnese Extraorales Screening Zervikales Screening CMD-Untersuchung (DC/TMD) 12 Tipps zur CMD-Selbsthilfe Kiefergymnastik, Luftschiene Okklusionsschiene Workshop „Front-Jig Schiene“ CMD-Prävention bei Zahnbehandlungen Übung an Schauspielpatienten</p>	<p>Theorie Repetitorium/Flowchart Sex und Gender Schlafbruxismus Wachbruxismus Schlafstörung macht Schmerz Kinder / CMD / Bruxismus Bildgebung bei orofazialen Schmerz Erweiterte CMD-Diagnostik nach AAOP</p> <p>Praxis Somatische und psychometrische Diagnostik Instrumentelle Diagnostik? Schlafbruxismus-EMG Management von Bruxismus/CMD Entspannungsübungen Schlafhygiene Kieferrelationsbestimmung Techniken zur Bisshebung Fallpräsentationen Lernerfolgskontrolle Übung an Schauspielpatienten</p>	<p>Theorie Repetitorium / Flowchart Zahnärztliche Schlafmedizin Neurobiologie von Schmerz Primäre Kopfschmerzen Schleimhautrekrankungen Neuropathische Schmerzen Red Flags? Welches Schmerzmittel wann? Psycholog. Schmerztherapie</p> <p>Praxis Funktionstests / Triggerpunkte Diagnostische Tests Zahnärztliche Neurologie Überweiskungskultur Literaturrecherche in Pubmed Übung an Schauspielpatienten Lernerfolgskontrolle Abschlussessen</p> <p>Aushändigung des Zertifikats, das die Lernleistung für den Tätigkeitsschwerpunkt „CMD/Orofazialer Schmerz“ dokumentiert</p>	<p>Patienten Live aus der eigenen Praxis Risikobeurteilung für CMD Der einfache CMD-Patient Der komplexe Schmerz- Patient Psychopathologie bei CMD (Schmerzpsychologe Charles Kimelman) Infractionen erkennen? Wenn der Zahnschmerz nicht von den Zähnen kommt! Phantombiss: Erkennen und behandeln! Welche Schiene wann? Lernerfolgskontrolle Gemeinsames Abendessen</p> <p>Wirtschaftliche Praxisführung von CMD- Patienten Abschlussdiskussion</p>

Kurszeiten: Freitag 16.00-19.30 Uhr, Samstag 9.00-17.00 Uhr, Sonntag 9.00-13.00 Uhr

- 0 Ich melde mich verbindlich an zum Teil I vom 25.-27.01.2019, inkl. Kursskript, CD, Mittagessen (€ 540,-)
- 0 Ich melde mich verbindlich an zum Teil II vom 15.-17.02.2019 inkl. Mittagessen, Kursskript, CD (€ 540,-)
- 0 Ich melde mich verbindlich an zum Teil III vom 15.-17.03.2019 inkl. Mittagessen, Kursskript, CD (€ 540,-)
- 0 Ich melde mich verbindlich an zum Teil IV vom 13.-15.09.2019 inkl. Mittagessen, Kursskript, CD (€ 540,-)
- 0 Ich habe Interesse, bin aber terminlich leider verhindert

Bei Anmeldung bis zum 31.08.2018 € 80,- Ermäßigung/Wochenende.

Assistenten/Physiotherapeuten bekommen zusätzlich eine Ermäßigung von € 100,- /Wochenende.

- + Die Teilnahmegebühr zahle ich mit beiliegendem Scheck auf Dr. H. Kares
- + Abbuchungsauftrag (nur innerhalb Deutschlands möglich). Für die Bezahlung der Teilnahmegebühr erteile ich Ihnen einen einmaligen Abbuchungsauftrag. Bis zum 31.12.2018 ist eine schriftliche Stornierung ohne Gebühr möglich. Nach dem 31.12.2018 wird eine Stornogebühr von 50% erhoben.

In Höhe von _____ Kreditinstitut _____

IBAN _____ BIC _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die verbindliche Anmeldung und erkenne die allg. Geschäftsbedingungen an.
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE18ZZZ00000584070 / Ihre Mandatsreferenz wird Ihnen per Bestätigungsschreiben mitgeteilt.

Ort, Datum, Unterschrift, Stempel

Name, Vorname

Straße

PLZ / Ort

Tel./Fax

E-Mail