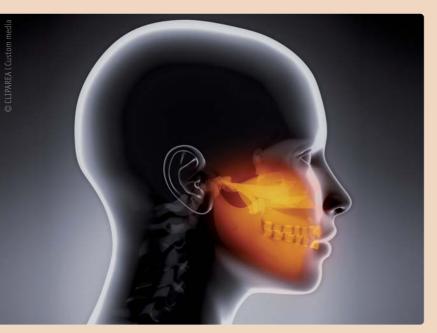
# Platzmanagement und skelettale Verankerung in der Kieferorthopädie

Extraktion versus Nicht-Extraktionstherapie: Weichteilästhetik und Langzeitstabilität spielen dabei eine wichtige Rolle. Von Prof. Dr. Carlalberta Verna, Basel, Schweiz.



Das Platzmanagement gehört zu den häufigsten und entscheidenden Aufgaben des Kieferorthopäden. Eine Zahnbreiten-Zahnbogenlängen-Diskrepanz wird typischerweise in Millimetern angegeben und eingeteilt in Platz, minimaler (kleiner als 4 mm), moderater (von 4 bis 6 mm) oder ausgeprägter Engstand (über 6 mm).

Um den Platzmangel aufzulösen, kommen im Allgemeinen folgende Massnahmen infrage: Extraktionstherapie, die sagittale/transversale Expansion, das Reduzieren von Zahnhartsubstanz (proximales Stripping).

In der Entscheidungsfindung Extraktion versus Nicht-Extraktions-Therapie spielen die Weichteilästhetik und die Langzeitstabilität eine wichtige Rolle. Dabei wurde in der Vergangenheit eine Nicht-Extraktionstherapie bei Diskrepanzen der Zahnbreiten zu ihrer knöchernen Basis weitestgehend kritisiert. Es wurde bemängelt, dass eine Non-Ex-Therapie die Langzeitstabilität des erreichten Behandlungsergebnisses gefährde. Jedoch

wurde diese Theorie widerlegt. Denn es ist nachgewiesen, dass die Stabilität auch durch andere Variablen beeinflusst wird, wie z.B. durch eine ausgeglichene muskuläre Funktion.

Fehlende evidenzbasierte Studien, die eine Notwendigkeit der Extraktion für ein langfristig stabiles Behandlungsergebnis aufzeigen, sowie das Patientenbedürfnis sind Gründe für den dramatischen Rückgang von Extraktionsfällen in den letzten Dekaden.

Offensichtlich erscheint eine Behandlung aus Sicht der Patienten attraktiver, wenn Extraktionen vermieden werden können. Dies mag auch aus kieferorthopädischer Sicht wahr sein, weil Extraktionsfälle bekannt sind für eine längere aktive Behandlungsdauer und oftmals eine grosse Herausforderung darstellen. Dies beeinflusst den Kieferorthopäden in seiner Entscheidung, zu extrahieren oder nicht.

Obwohl das Behandlungsergebnis zwischen Extraktions- und Nicht-

Extraktions-Therapie gemäss Literatur unbedeutend differiert, ist das Ausmass der Weichteilreaktion höchst variabel und interindividuell unvorhersehbar, laut einiger Autoren meist das Ergebnis einer ungenügenden Diagnose und Behandlungsplanung.

Als generelle Regel sollten in einem umfassenden Behandlungsplan folgende Faktoren evaluiert werden: Alter, Geschlecht, Gesichtsmorphologie (Nase, Kinn, Lippen, Weichteilgewebe), Zahnfleisch-Biotyp, Wachstumsmuster, Lachästhetik, Zahnbogenform, skelettale Diskrepanzen, Dentition (Inklinationen, Rotationen, Kippungen, Leeway-Space, Speekurve, etc. ...).

Das Alter des Patienten muss berücksichtigt werden, da das späte mandibuläre Wachstum zu einer Reduktion eines vergrösserten Overjets beitragen kann, sodass eine Zahnentfernung unnötig ist. Zudem sollten bei erwachsenen Patienten, bei denen der Weichteiltonus der Oberlippe eher nachlässt, jegliche profilabflachende Massnahmen unterlassen werden, da diese die Gesichtsästhetik älter erscheinen lassen.

Dementsprechend verhält es sich mit dem Geschlecht. Beim weiblichen Geschlecht tendiert die Oberlippe mit der Zeit zu einer schnelleren Verlängerung als beim männlichen Geschlecht, und eine mehr ausgeprägte Lippe wird heutzutage als attraktiver empfunden. Eine exzessive Retraktion lässt die Nase ausgeprägter und die Lippen schmaler erscheinen.

Die Wirkung einer Extraktionstherapie auf das Weichgewebe wird kontrovers diskutiert.

Extraktionstherapien würden unvorteilhafte Veränderungen im Profil und der Lach-Ästhetik infolge Verengung der Zahnbögen und dunkler bukkaler Korridore verursachen.

Aus ästhetischer Sicht wird seit den späten 1960er-Jahren bis heute



Abb. 1a-d: Ein exzessives bialveolär-protrudiertes Profil profitiert von einer Retraktion der oberen und unteren Frontzähne. – Abb. 2 a und b: Ein dünner Gingiva-Biotyp ermöglicht kleine Expansionsmassnahmen und kann das Risiko einer Rezession oder Fenestration erhöhen.

ein Paradigmenwechsel in der Kieferorthopädie beobachtet. Damals glaubten die Kieferorthopäden, dass die Hartgewebe die einzigen Parameter wären, die bei der Planung einer kieferorthopädischen Zahnbewegung berücksichtigt werden

sollten. Heutzutage sind nicht nur die Hart-, sondern auch die Weichgewebe Schlüsselfaktoren, um eine Entscheidung für eine Extraktion oder Nicht-Extraktiontherapie zu treffen. Unterdessen haben die Kie-



 $\textbf{\textit{Abb. 3a-f:}} Ein abgeflachtes Profil zieht eher aus \textit{der Zahnexpansion zur Unterstützung der Oberlippen Nutzen.} Die Expansion eliminiert$ die unästhetischen dunklen Korridore.

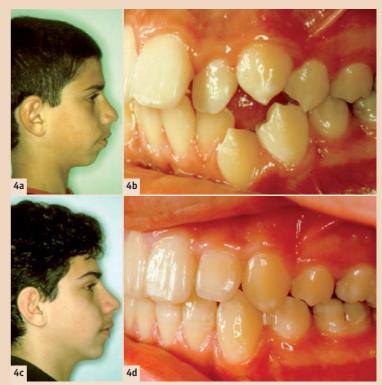


Abb. 4a-d: Extraktionen in einem retrognathen Profil lösen den Zahnengstand, aber nicht die skelettalen Anomalien.

# SDS swiss Dental Solutions

Das reversibel verschraubte zweiteilige Zirkonoxid-Implantat

**SDS 2.0** 



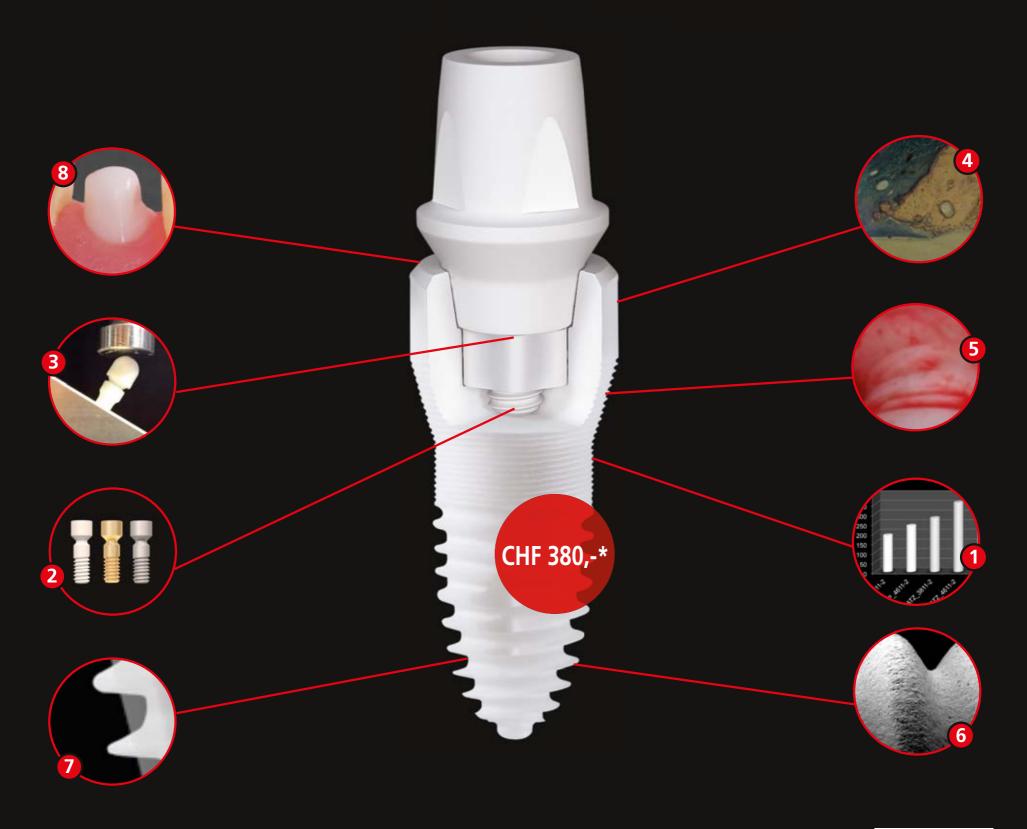












Abb. 5: Die Positionierung der Mini-Schraube für die ossäre Verankerung findet unter Lokalanästhesie auf dem Behandlungsstuhl statt. – Abb. 6a–c: Die ossäre Verankerung ermöglicht den Lückenschluss von Aplasien, indem die Molaren mesialisiert werden, ohne den Overjet zu beeinträchtigen.

4

ferorthopäden realisiert, dass das breite Publikum eher volle und prominente Lippen bevorzugt als früher. Deswegen berücksichtigt der Kieferorthopäde, der entscheiden muss, ob Zähne extrahiert werden oder nicht, üblicherweise sowohl die Gesichtsweichteilästhetik als auch die Funktion. Ein exzessives bialveolär-progungen kontraindiziert sein können oder nur dann zulässig sind, wenn eine kontrollierte dreidimensionale Wurzelbewegung sichergestellt werden kann.

Die zunehmende Verbesserung der Bildqualität und eine reduzierte Strahlendosis der dentalen Volumentomografie (CBCT) machen eingehende Studien über den Alveolarkiefers, woraus eine vergrösserte vertikale Dimension die Folge ist. Letzteres ist kontraindiziert bei Patienten, in deren **Wachstumsmuster** bereits eine posteriore Rotation vorgegeben ist (*Abb. 1 a–d*).

Einer der häufigsten Gründe für die Überweisung eines Patienten ist die **Lachästhetik**. Es impliziert nicht immer nur die Nivellierung und genem Grenzfall eine tiefe Spee-Kurve reduziert werden soll, wird die Entscheidung eher in Richtung Extraktion gehen, da die Nivellierung der Speeschen Kurve bekannterweise Platzbenötigt. Die Qualität der Zähne ist ebenfalls ein wichtiger Faktor bei Grenzfällen, da es wenig Sinn hat, Zähne im Mundzuerhalten, wenn deren Prognosen ungünstig sind.

#### Zusammenfassung

Die Wahl zur Extraktion oder Nicht-Extraktion stellt eine herausfordernde und reizvolle Aufgabe für den Kieferorthopäden dar, dessen Kenntnisse genutzt werden, um die okklusale Relation zu verbessern, indem die natürliche Unterstützung durch die Zähne und die ästhetische Harmonie des Profils berücksichtigt











Abb. 7a-e: Die temporäre ossäre Verankerungsmethode vereinfacht die Non-Extraktionschancen durch das Ermöglichen einer Distalisation in symmetrischen wie auch in asymmetrischen Fällen.

trudiertes Profil wird zwar von einer Retraktion der oberen und unteren Frontzähne profitieren (*Abb. 1 a–d*), andererseits führt Platzgewinn durch transversale Expansion in einem länglichen Gesicht mit schmalen Wangen zu einer unausgeglichenen Gesichtsästhetik.

Fälle mit einem ausgeprägten Platzmangel benötigen normalerweise Extraktionen, bei Grenzfällen mit einem schönen harmonischen Gesicht wird jedoch eine Nicht-Extraktions-Therapie bevorzugt. Dies ist nur richtig, wenn der Biotyp des Patienten eine Zahnbewegung in der Alveoleermöglicht, ohne eine Verletzung des Gewebes hervorzurufen.

Ein dünner Gingiva-Biotyp ermöglicht kleine Expansionsmassnahmen (*Abb. 2 a und b*). Dieses Bild veranschaulicht die unterschiedliche Knochendicke, die den Knochen um den einzelnen Zahn charakterisiert. Es ist offensichtlich, dass je nach Bewegungsrichtung bestimmte Bewe-

knochen besser durchführbar als früher. CBCT ist bereits als nützliches Werkzeug in der Forschung verwendet worden, um die Knochenmenge rund um Zähne nach sagittaler und transversaler Expansion zu analysieren. Diese Art von Studien haben gezeigt, dass Knochen während einer kieferorthopädischen Zahnbewegung nicht immer den Wurzeln folgt; infolgedessen können anatomische Gegebenheiten entstehen, die zu Fenestrationen führen.1 In Zukunft kann man vermuten, dass die dreidimensionalen bildgebenden Verfahren noch zuverlässiger werden und dadurch eine Identifikation der spezifischen Biotypen zulassen. Dies bestätigt einmal mehr die Notwendigkeit der dreidimensionalen Kontrolle der Wurzeln hinsichtlich des umgebenden Gewebes.

Die nicht-extrahierende Therapie, z.B. die transversale und sagittale Expansion, tendiert zur Entstehung einer posterioren Rotation des Unterrade Zähne, sondern auch die Lokalisation des Lächelns in der gesamten Gesichtsharmonie.

Mit der Lachästhetik hängt die **Zahnbogenform** zusammen. Ein enger Zahnbogen verursacht ausgeprägte schwarze Korridore, wodurch Mechanismen zur Extraktion folglich geeigneter erscheinen als eine Extraktion zur Auflösung des Zahnengstandes (*Abb. 5 und 6 a–c*).

In Fällen von skelettalen Diskrepanzen ist die Entscheidung zwischen Extraktion oder Nicht-Extraktion besonders schwierig. Ein abgeflachtes Profil wird eher aus der Zahnexpansion zur Unterstützung der Oberlippe Nutzen ziehen als durch eine Zahnextraktion, um die Platzdiskrepanz zu beseitigen (Abb. 3 a-f). Dies gilt auch bei einer Zahnextraktion im retrognathen Gesichtstyp (Abb. 4 a-d).

Die Position der **Dentition** im Zahnbogen muss bei der Platzanalyse berücksichtigt werden. Wenn bei ei-

Durch die Einführung der intraoralen ossären Verankerung, das sogenannte Temporary Anchorage Device (TAD), wurde die Auswahl möglicher Behandlungen erweitert, besonders für den Fall einer asymmetrischen Korrektur. Die Benützung der temporären ossären Verankerungsmethode hat das Prozedere des Platzmanagements vereinfacht, sowohl für den Kieferorthopäden als auch für die Patienten (Abb. 5). Da eine maximale Verankerung erreicht werden kann, ist ein Lückenschluss möglich, ohne das Profil zu beeinflussen, wie in Fällen eines ausgeprägten Zahnengstandes in einem harmonischen Profil oder bei Lückenschluss aufgrund fehlender Zähne (Abb. 6 a-c). Wie auch bei einer Zahnextraktion vereinfacht die temporäre ossäre Verankerungsmethode die Non-Extraktionschancen durch das Ermöglichen einer Distalisation in symmetrischen wie auch in asymmetrischen Fällen (Abb. 7 a-e), ohne die Benützung extraoraler Apparaturen.

wird. Während in der Vergangenheit die Wahl der Therapie durch biomechanische Faktoren beeinflusst wurde, hat heutzutage die Einführung der skelettalen Verankerung diesen Teil der Behandlung überflüssig gemacht.

Die skelettale Verankerung muss in Fällen eingesetzt werden, in denen eine konventionelle Verankerung keine zufriedenstellenden Ergebnisse garantiert, wie z. B. beim asymmetrischen Lückenschluss, Typ C-Verankerung oder der Molarendistalisation.

# Referenzen

- 1. Cattaneo PM, Treccani M, Carlsson K, Thorgeirsson T, Myrda A, Cevidanes LH, Melsen B: Transversal maxillary dento-alveolar changes in patients treated with active and passive self-ligating brackets: a randomized clinical trial using CBCT-scans and digital models. Orthod Craniofac Res. 2011 Nov; 14(4):222–33.
- 2. Melsen B, Verna C, Luzi C. Mini-Implants and their clinical application: The Aarhus Expericence – vol 30. Edizioni Martina – 2013 Bologna ISBN 978-88-7572-116-9.



# Klinik für Kieferorthopädie und Kinderzahnmedizin der Universitätskliniken für Zahnmedizin, Basel

UNI

Kieferorthopädie Ziel einer kie-

ferorthopädischen Behandlung ist die Korrektur von Zahnund Kieferfehlstellungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Das Teambesteht aus erfahrenen Oberärzten und drei Weiterbildungsassistenten. Unterstützt wird das ärztliche Team von Dentalassistentinnen und Lehrtöchtern.

# Kinderzahnmedizin

In der Kinderzahnmedizin spielen nicht primär Zahnfehlstellungen eine Rolle, sondern ganz allgemein gesunde Zähne bei Kindern und Jugendlichen bis 16 Jahre. Um auch die ganz Kleinen gut betreuen zu können, gibt es eine Spezialistin für Kinderzahnmedizin im Team. Sie sorgt dafür, dass der Besuch nicht in Tränen endet, sondern zum Erlebnis wird.

# Forschungslabor

Das Forschungslabor stellt Doktoranden, Masterstudenten, Ärzten und wissenschaftlichen Mitarbeitern eine exzellente Infrastruktur zur Erforschung wichtiger Fragestellungen im Bereich kieferorthopädischer Materialtechnik bereit. Es verfügt über einen 6-Achsen-parallel-kinematischen Prüfstand, eine 1-Achsen-Universalprüfmaschine zur Ermittlung mechanischer Eigenschaften, einen 3-D-Oberflächenscanner, ein Differential-Scanning-Calorimetry-Analysengerät (DSC) und weitere Prüfgeräte.

Die Schwerpunkte der Forschung sind Biomechanik des orofazialen Systems, Entwicklung und Testung von neuen Federsystemen und Bögen in der festsitzenden Behandlung, Biomechanik und Simulation von orthodontischen Bewegungsabläufen, röntgenologische Studien über Knochenstrukturen und Biokompatibilitätsuntersuchungen von kieferorthopädischen Materialien.

Das Team aus zwei Ingenieuren erstellt individuelle Prüfvorrichtungen und arbeitet mit dem fakultären Forschungsschwerpunkt "Clinical Morphology and Biomechanical Engineering" der Medizinischen Fakultät sowie anderen Universitätsinstituten eng zusammen

Quelle: http://kfo-zahnmed.unibas.ch/





<u>Kontakt</u>

Prof. Dr. Carlalberta Verna Klinikvorsteherin der Klinik für Kieferorthopädie und Kinderzahnmedizin Hebelstr. 3 4056 Basel, Schweiz Tel.: +41 61 2672641 Fax: +41 61 2672657 kfo-kzm@unibas.ch



7. Norddeutsche Implantologietage
30./31. Mai 2014

Rostock-Warnemünde // Hotel NEPTUN

OEMUS MEDIA AG I Holbeinstraße 29, 04229 Leipzig I Deutschland I Tel.: +49 341 48474-308 I Fax: +49 341 48474-390 I event@oemus-media.de I www.oemus.com

# Freitag, 30. Mai 2014

#### Pre-Congress Workshops

#### 12.00 - 13.30 Uhr



Dr Ulrich Volz/Konstanz

Mit Keramikimplantaten wurzelbehandelte Zähne ersetzen und zufriedene Patienten gewinnen – ein Win-win-Konzept



Dr. Thomas Barth/Leipzig

iSy - einfach schnell und günstig! Qualität für Standards in der Implantologie



Dr. Jens Schug/Zürich (CH)

Socket Preservation - Ein Behandlungsprotokoll für die Extraktionsalveole. Hands-on mit einem in situ aushärtenden Knochenersatzmaterial



Mini-Dental-Implantate zur Prothesenstabilisierung im zahnlosen Kiefer

Priv.-Doz. Dr. Torsten Mundt/Greifswald

Experte vom Team Sander Concept Mehr Neupatienten mit Facebook – Wie Sie mit Social Media Ihren Praxisgewinn steigern

\*Bitte beachten Sie, dass Sie nur an einem Workshop teilnehmen können! Notieren Sie den von Ihnen gewählten Workshop bitte auf dem Anmeldeformular

# > Pre-Congress Seminare



**SEMINAR 1** 

Implantologische Chirurgie von A-Z Prof. Dr. Dr. Frank Palm/Konstanz 14 00 - 18 00 Uhr (inkl. Pausen)



**SEMINAR 2** 

Implantate und Sinus maxillaris Prof. Dr. Hans Behrbohm/Berlin, Priv.-Doz. Dr. Dr. Steffen G. Köhler/Berlin 14.00 - 18.00 Uhr (inkl. Pausen)



**SEMINAR 3** 

Veneers von A-Z

Dr. Jürgen Wahlmann/Edewecht 12.00 - 18.00 Uhr (inkl. Pausen)



**SEMINAR 4** 

Iris Wälter-Bergob/Meschede 12.00 - 18.00 Uhr (inkl. Pausen)

# Rahmenprogramm

## ab 19.00 Uhr

# Classic on the Beach

SDS Welcome-Reception am Strand von Warnemünde direkt vor dem Hotel NEPTUN und Live-Musik mit der Violinistin Ann-Sophie Volz

# Lunch & Dance on the Top

Abendveranstaltung in der Sky-Bar des Hotels NEPTUN mit Büfett, Getränken sowie Tanz mit DJ

# Samstag, 31. Mai 2014

#### > Wissenschaftliches Programm

#### **PODIUM IMPLANTOLOGIE**

#### Prof. Dr. Hans Behrbohm/Berlin

Tempora mutantur nos et mutamur in illis – Implantationsrelevante Pneumatisationsvarianten von Kieferhöhle und Siebbein

#### Priv.-Doz. Dr. Dr. Steffen G. Köhler/Berlin

Wie viel Knochen braucht ein Implantat? – Eine Bilanz aus der Praxis nach mehr als 20.000 gesetzten Implantaten

#### Dr. Ulrich Volz/Konstanz

Langzeitstabile Ästhetik durch Keramikimplantate

#### Dr. Peter Gehrke/Ludwigshafen

Weichgewebsintegration vs. Osseointegration: Was wissen wir, was wir zu wissen glauben und was wir wissen sollten!

#### Prof. Dr. Dr. Frank Palm/Konstanz

Chirurgische Aspekte für den Langzeiterfolg von Implantaten – Aktuelle Aspekte von Weichgewebs- und Knochenaugmentationen

#### Prof. Dr. Dr. Ralf Smeets/Hamburg

Risikofaktoren in der Implantologie und Parodontologie – Rauchen, Diabetes mellitus, Bisphosphonate, Bestrahlung – Was ist wirklich ein Risikofaktor und was müssen wir beachten?

#### Prof. Dr. Dr. Knut A. Grötz/Wiesbaden

Individuelle Risikoevaluation bei antiresorptiver Therapie (Bisphosphonate u.a.)

#### Dr. Jens Schug/Zürich (CH)

Socket Preservation vs. Augmentation – Optimale Knochenverhältnisse für den Langzeiterfolg in der Implantologie

# Dr. Dirk Duddeck/Bonn

Safety first: Produktabhängige Qualität von Implantaten und postoperatives Risikomanagement mit dem ISQ

# Priv.-Doz. Dr. Torsten Mundt/Greifswald

Langzeitstabilität von Mini-Implantaten zur Versorgung des zahnlosen Kiefers

# **PODIUM ALLGEMEINE ZAHNHEILKUNDE**

# Prof. Dr. Nicole B. Arweiler/Marburg

Überempfindliche Zahnhälse – aktuelle Behandlungsmöglichkeiten für ein altes Problem

# Prof. Dr. Stefan Zimmer/Witten

Nichtkariöse Defekte der Zahnhartsubstanz – Erosionen und Co.: Ursachen und Prävention

# Prof. Dr. Thorsten M. Auschill/Köln

Möglichkeiten nichtchirurgischer ästhetischer Korrekturen bei Parodontalpatienten

## Prof. Dr. Andrea Mombelli/Genf (CH)

Antibiotika in der Parodontologie: Wann ja – wann nein?

# Dr. Jürgen Wahlmann/Edewecht

Veneers von konventionell bis Non Prep – Möglichkeiten und Grenzen

## Prof. Dr. Oliver Kaschke/Berlin

Schlafmedizin – eine interdisziplinäre Herausforderung auch für die Zahnmedizin und HNO

## PODIUM IMPLANTOLOGIE/ALLGEMEINE ZAHNHEILKUNDE

## Prof. Dr. Nicole B. Arweiler/Marburg

Parodontitis und Periimplantitis - Wo liegt der Unterschied?

## Prof. Dr. Andrea Mombelli/Genf (CH)

Anmeldeformular per Fax an

+49 341 48474-390

Behandlung der Periimplantitis: Prinzipien, Protokolle und Evidenz

## Prof. Dr. Oliver Kaschke/Berlin

Die Kieferhöhle im Fokus und im Umfeld von Erkrankungen -Was sollte der Implantologe/Zahnarzt bedenken?

# Samstag, 31. Mai 2014

#### › Helferinnenprogramm



#### Seminar A

Seminar zur Hygienebeauftragten Iris Wälter-Bergob/Meschede

#### inklusive umfassendem Kursskript



#### Seminar B

Ausbildung zur QM-Beauftragten Christoph Jäger/Stadthagen

inklusive umfassendem Kursskript

# Organisatorisches

#### HAUPTKONGRESS

Samstag, 31. Mai 2014

Zahnarzt (Frühbucherrabatt bis 3.3.2014) 150,-€ zzgl. MwSt. Zahnarzt 175,-€ zzgl. MwSt. 99,-€ zzgl. MwSt. Assistenten (mit Nachweis) Helferinnen (Seminar A oder B) 99,-€ zzgl. MwSt Tagungspauschale\* 49,-€ zzgl. MwSt.

\*Die Tagungspauschale beinhaltet Kaffeepausen, Tagungsgetränke und Imbissversorgung und ist für jeden Teilnehmer verbindlich zu entrichter

#### PRE-CONGRESS SEMINARE

> Freitag, 30. Mai 2014

Tagungspauschale\*

Workshop 1 bis 5

49,-€ zzgl. MwSt.

kostenfrei

Seminar ① & ② inkl. DVD 195,-€ zzgl. MwSt. Tagungspauschale\* 35,-€ zzgl. MwSt. 295,-€ zzgl. MwSt. Seminar 3 inkl. DVD

Seminar 4 99,-€ zzgl. MwSt. Tagungspauschale\* 49,-€ zzgl. MwSt.

\*Die Tagungspauschale beinhaltet Kaffeepausen, Tagungsgetränke und Imbissversorgung und ist für jeden Teilnehmer verbindlich zu entrichte Hinweis: Bei der Teilnahme am Seminar ①, ② oder ③ (Freitag) reduziert sich die

Kongressgebühr für den Hauptkongress am Samstag um 100,-€ netto.

## ABENDVERANSTALTUNG (FREITAG, 30, MAI 2014)

> Classic on the Beach, Beginn 19.00 Uhr

kostenfrei

kostenfrei

> Lunch & Dance on the Top, Beginn 20.00 Uhr Teilnehmer Hauptkongress Teilnehmer nur Seminare

Helferinnen

Begleitpersonen

55,-€zzgl. MwSt. 55,-€zzgl. MwSt. 55,-€zzgl. MwSt.

Im Preis enthalten sind Speisen, Getränke und Musik. Bitte tragen Sie Ihre Teilnahme an der Abendveranstaltung unbedingt auf der Anmeldekarte ein

Zimmerbuchungen im Veranstaltungshotel und in unterschiedlichen Kategorien



Tel.: +49 211 49767-20 | Fax: +49 211 49767-29 info@prime-con.eu | www.prime-con.eu

## Hinweis:

Nähere Informationen zu den Seminaren und den Allgemeinen Geschäftsbedingungen finden Sie unter www.oemus.com



**OEMUS MEDIA AG** Holbeinstraße 29 04229 Leipzig Deutschland

oder per Post an

Für den Ostseekongress/7. Norddeutsche Implantologietage am 30./31. Mai 2014 in Rostock-Warnemünde melde ich folgende Personen verbindlich an: (Zutreffendes bitte ausfüllen bzw. ankreuzen)

> PRE-CONGRESS HAUPTKONGRESS Workshop 1 1 2 1 3 1 4 1 5 1 Podien ☐ Seminar ① ☐ Implantologie ☐ Allg. Zahnheilkunde ☐ Seminar ② ☐ Seminar A (Hygiene) ☐ Seminar ③ ☐ Seminar B (QM)

Freitag

Samstag

Abendveranstaltung (Freitag): \_ \_\_ (Bitte Personenzahl eintragen)

Praxisstempe

Titel, Name, Vorname, Tätigkeit

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen zum Ostseekongress/7. Norddeutsche Implantologietage erkenne ich an

Datum/Unterschrift

E-Mail Adresse

