



#### KN Fortsetzung von Seite 1

wie sich das klinische Verhältnis zur Extraktion in den vergangenen 110 Jahren innerhalb der Kieferorthopädie entwickelt hat. Lag der Anteil an Extraktionen laut Literaturrecherchen z. B. bei Edward H. Angle im Jahre 1902 noch bei 0,2 % der Fälle, nahm die Zahl bis in die 1960er-Jahre stetig zu und erreichte ihren Höhepunkt mit rund 80 % (Tweed) im Jahre 1966. Zudem ging Peck auf Studien wie z. B. von Brace, Rosenberg und Hung (1987) ein, die aufzeigten, wie sich die menschliche Zahn- und Kiefergröße in den letzten gut 100.000 Jahren verändert habe. So haben das Schrumpfen von Gesicht und Kiefergröße über die Jahre einen Platzverlust von 25 % im Zahnbogen verursacht. Eine geringere Abnutzung der Zähne führte zudem zu 30 % mehr Zahnmasse, wobei das Schrumpfen der Zahngröße wiederum zu einer 15%igen Reduzierung der mesial-distalen Zahnschubstanz pro Zahnbogen führte. Das bedeutet, dass der im menschlichen Kiefer vorhandene Platz biologisch viel schneller schrumpft als die Zahngröße, wodurch die Häufigkeit und Schwere von Engständen zu-

nimmt. Insofern sei es laut Peck absolut begründet, Zähne im Rahmen kieferorthopädischer Behandlungen zu extrahieren, um



nu-edge® SL (Fa. TP Orthodontics)

die Zahnschubstanz der „neuen“ kleineren Kiefergröße anzupassen und um letztlich die beste natürliche Stabilität nach erfolgter Therapie zu erzielen. Schaut man sich aktuelle Extraktionszahlen an, müssten laut Peck demnach mindestens 15 bis 25 % der Pa-

tienten (full treatment) in Europa und den USA aus biologischer Sicht Zahnextraktionen erfordern.

Bezüglich des Einsatzes von Retainern riet er den Anwesenden, weniger feste, mitunter parodontale Probleme verursachende Retainer zu verwenden. Stattdessen sollten bei Bedarf die unteren Schneidezähne zur Stabilisierung des Ergebnisses ggfs. eine Schmelzreduktion erfahren. Als weiteren Hinweis gab Peck mit auf den Weg, sich nicht in irgendwelche „Religionen“ kieferorthopädischer Behandlung reinziehen zu lassen. Vielmehr sei für jeden Patienten eine individuelle Diagnose zu erstellen bzw. eine der jeweils vorliegenden klinischen Situation entsprechende Behandlung durchzuführen. Für eine gute Kieferorthopädie gäbe es keine wundersamen Abkürzungen! Und zum Schluss: Wer stabile Ergebnisse bei der Behandlung von Malokklusionen mit starkem Engstand und Platzmangel haben will, muss bleibende Zähne extrahieren. Dies sei eine essenzielle kompensierende Methode. Dem Thema „Chirurgie oder Kieferorthopädie – wo liegen die Grenzen?“ widmete sich der Vortrag von Prof. Dr. Goe Bee Tin aus Singapur. Wer bei dieser Frage

letztlich am besten die Entscheidung trifft, sei der Patient, so die Referentin. Wir als an der Planung beteiligter Behandlerkreis können letztlich nur informieren und über die Risiken und Vorteile aufklären. Liegt eine leichte bis mäßig ausgeprägte skelettale Klasse III-Malokklusion bei Jugendlichen bzw. erwachsenen Patienten vor, muss zunächst die Evaluierung prognostischer Faktoren für eine mögliche kieferorthopädische Camouflage-Behandlung erfolgen. Hierzu zähle die Patientenwahrnehmung (eher dentale Belange als Gesichtprofil, keine großen ästhetischen

Erwartungen), skelettale Aspekte (nach Höhepunkt skelettalen Wachstums, leichte oder ausgeprägtere skelettale Klasse III, keine/leichte transversale oder vertikale skelettale Abweichungen, keine/leichte Asymmetrie, normale bis leicht reduzierte LAFH), dentale Faktoren (Pseudo-Klasse III-Schneidezahn-Verhältnis, keine/leichte bereits bestehende dentoalveoläre Kompensation, nicht vorhandener bzw. leichter bukkaler Kreuzbiss, normaler bis starker Überbiss, kein bzw. leichter mandibulärer Überbiss).

Fortsetzung auf Seite 28 



Veranstaltungsort des 92. Kongresses der European Orthodontic Society (EOS) war das Ausstellungs- und Kongresscenter Stockholmsmässan.



Prof. Dr. Nejat Erverdi stellte die von ihm entwickelte AWDA-Apparatur zur Distractionsosteogenese bei Spaltpatienten vor, während der Vortrag von Prof. Dr. Goe Bee Tin sich dem Thema „Chirurgie oder Kieferorthopädie – wo liegen die Grenzen?“ widmete. Prof. Dr. Pertti Pertiniemi präsentierte im Rahmen der EJO Eröffnungssession interessante Fakten rund um die Wahl des richtigen Zeitpunkts für den Behandlungsbeginn. Was bei Patienten, die während ihrer Kindheit eine Krebstherapie absolviert haben, hinsichtlich einer geplanten KFO-Therapie zu beachten sei, zeigte Prof. Dr. Göran Dahllöf, während Dr. Joseph Antoun mögliche Folgen von Mobbing für eine kieferorthopädische Therapie aufzeigte (v.l.n.r.).

**KN Fortsetzung von Seite 26**

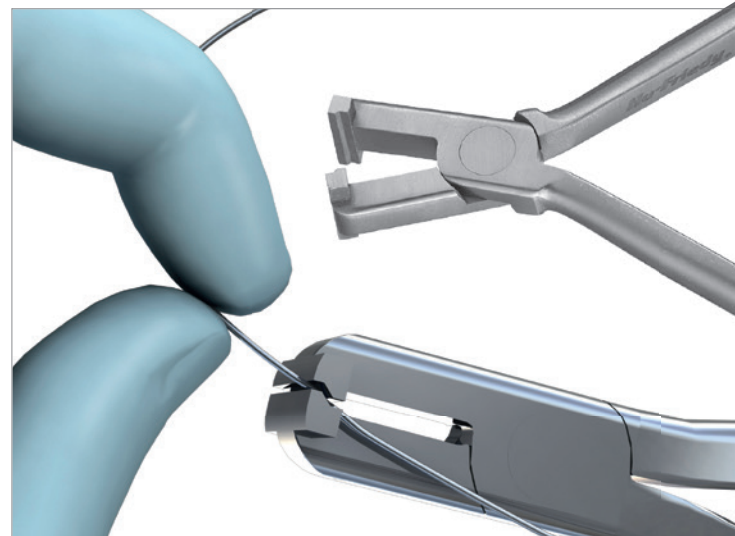
bulärer Engstand) sowie parodontale Aspekte (kein Vorhandensein parodontaler Erkrankungen, dicker gingivaler Biotyp, dicker Dentoalveolus). Erbringt deren Auswertung gute Ergebnisse, können mit dem Patienten bzw. dessen Eltern die Pros und Contras einer Camouflage-Behandlung (Pros: nichtinvasiv, keine großen Risiken und Komplikationen, keine Ausfallzeit; Cons: keine große Verbesserung des Gesichtsprofils, iatrogene dentale Kompensation, mitunter kein Erreichen normaler inzisaler/okklusaler Verhältnisse) gegenüber einer orthognathen Chirurgie (Pros: Verbesserung Gesichtsprofil, Möglichkeit der Korrektur transversaler/vertikaler Abweichungen und Asymmetrien, dentale Dekompensation; Cons: Risiken und Komplikationen eines chirurgischen Eingriffs, Klinikaufenthalt und Genesungszeit, Kosten) diskutiert werden. Sind die Ergebnisse hingegen

weniger gut, bleibt nur die Wahl zwischen orthognathen Chirurgie oder gar keiner Behandlung. Einen sehr interessanten Vortrag zeigte auch Prof. Dr. Nejat Erverdi (Türkei). Er stellte die Distractionsosteogenese als neue Methode zur Rekonstruktion bei Spaltpatienten dar und erläuterte diese anhand des Einsatzes der von ihm entwickelten AWDA-Apparatur (Arch Wise Distraction Appliance). Diese schließt durch eine Art bogengeführte Verschiebung von Segmenten des Oberkiefers mithilfe von eingebrachten Distanzringen vorhandene Spaltlücken, was er eindrucksvoll anhand von Videos und klinischen Fallbeispielen erläuterte. Was bei kieferorthopädischen Behandlungen von Kindern mit erfolgter Krebstherapie beachtet werden sollte, erläuterte Prof. Dr. Göran Dahllöf (Schweden). Mehr als 80 % der an Leukämie, Tumoren des zentralen Nervensystems, Lymphdrüsen- oder Nierenkrebs erkrankten Kinder wer-

den zu Langzeitüberlebenden der Krankheit. Aufgrund der aggressiven Krebsbehandlungsprotokolle zeigen diese Kinder jedoch ein Potenzial für Spät-

des kraniofazialen Systems auswirken. Zu diesen oralen und kraniofazialen Spätfolgen zählen z.B. die Bildung dentaler Karies (meist in Zwischenräumen

etc. Würden im Rahmen der Krebstherapie hingegen die 2006



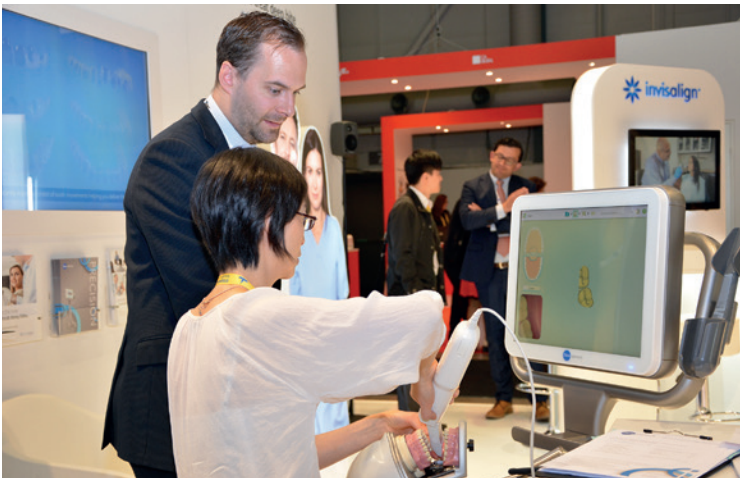
Stufenbiegezange (Fa. Hu-Friedly)

effekte (meist viele Jahre nach der Krebstherapie), welche sich auch auf Wachstum und Entwicklung

oder auf glatter Zahnoberfläche), Schleimhautläsionen, Beeinträchtigung der Speicheldrüse

von Dahllöf und Barr-Agholme publizierten Richtlinien für Mundgesundheit berücksichtigt, könnten laut Dahllöf orale Komplikationen deutlich minimiert werden. So sind z.B. lockere Milchzähne zehn Tage vor Beginn der

Krebstherapie zu extrahieren. Zudem sollten – sofern sich das Kind in einer KFO-Therapie befindet – feste Apparaturen entfernt sowie die Eltern gut informiert und aufgeklärt werden. Denn fest steht, es gibt einen Zusammenhang zwischen einer Krebstherapie und Abweichungen in der dentalen Entwicklung. So zeigen 72 % der Langzeitüberlebenden dentale Komplikationen wie Mikrodontie (11 %), Karies an mehr als vier Zähnen, Nichtanlagen (13 %), dentale Hypoplasie, verkümmerte Zahnwurzeln (17 %), Zahnschmelzhypoplasie (9 %), Zahnfehlstellungen (22 %) etc. Werden die Kinder nach der Krebstherapie kieferorthopädisch behandelt, ist bei vier von zehn KFO-Patienten damit zu rechnen, dass das ideale Behandlungsergebnis nicht erreicht wird, auch zeige ein Zehntel der Patienten Wurzelresorptionen. Dementsprechend sollte die Behandlung individuell angepasst werden (z.B. Einsatz leichterer Kräfte als bei einem Durchschnittspatienten gleichen Alters). Generell sollte ein bis zwei Jahre nach der Krebstherapie gewartet werden, ehe man mit einer KFO-Behandlung beginnt. Um optimale Ergebnisse zu erreichen, sollte ggf. interdisziplinär herangegangen werden (MKG-Chirurgie, Implantate, prothetische Versorgung). Abschließend sei noch auf den Vortrag von Dr. Lorenz Moser (Italien) verwiesen. Dieser beleuchtete mehrere Methoden zur Beschleunigung kieferorthopä-



**Bilder oben:** Selbst bekannte Größen wie Prof. Dr. Birte Melsen oder Prof. Dr. Lee Graber (Bild oben links) informierten sich wie zahlreiche andere Kongressteilnehmer im Rahmen der begleitenden Industrieausstellung über Produktneuheiten (Bild oben rechts). – **Bilder unten:** Am Stand der DW Lingual Systems GmbH konnten Messebesucher an einem Wettbewerb teilnehmen, der ihr Geschick beim Legieren unter Beweis stellte (Bild unten rechts), und bei Align Technology Inc. den iTero® Intraloralscanner ausprobieren (unten links).

# >> freeFLOW - so sollte Workflow sein!

## Pax-i3D GREEN



### Top KFO Qualität

- >> 3D strahlungsreduziert
- >> CEPH One-Shot ab 0.9 Sek. oder Scan-CEPH ab 3.9 Sek.
- >> Magic Pan Option

### Indikationen u.a.

- >> Kinder-Zahnheilkunde
- >> Kinder- und Erwachsenen-Kieferorthopädie
- >> Funktionsdiagnostik und Kraniofaziale Orthopädie
- >> Skelettale und dentale Anomalien

### offener 3D/4D Workflow

Freecorder® BlueFox 2.0  
next generation

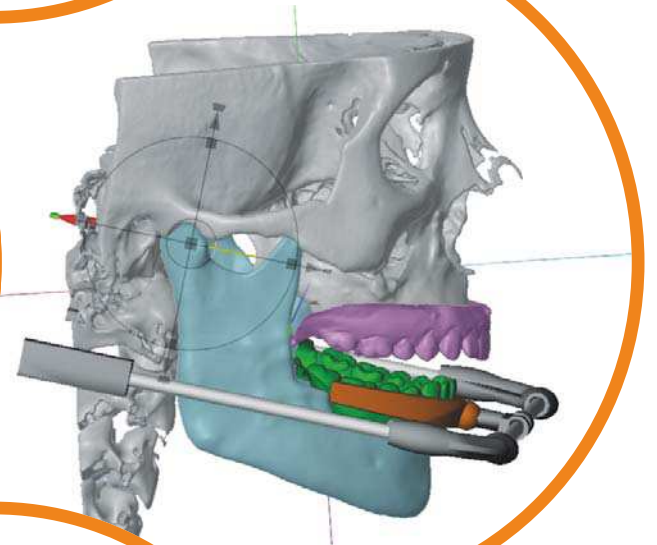


- >> kieferorthopädische Diagnostik unter Berücksichtigung von Kondylenpositionen und Dynamik

byzz nxt®



- >> herstellerübergreifende Integration aller Bildformate inkl. Bewegungsdaten auf einer Software-Plattform



- >> Matching, Fusionierung und Animation von DICOM, STL und Bewegungsdaten für Planung, Simulation und Export CAD/CAM



Mindestens genauso wichtig wie die fachliche Weiterbildung sind bei einem solchen Kongress die Gespräche mit Freunden und Kollegen sowie der Erfahrungsaustausch mit den Referenten (links: Dr. Karin Habersack, Mitte: Dr. Jari Taghavi Bayat, rechts: Prof. Dr. Sheldon Peck).

#### Fortsetzung von Seite 28

discher Therapien und ging dabei auf chirurgische Methoden (z. B. Kortikotomie, Piezozision, Perforation), biologische Techniken (z. B. Zytokine, Relaxin, Vitamin D3), den Einsatz von den Knochenumbau stimulierenden Geräten (z. B. Stimulation mittels Vibration, Photobiomodulation LLL etc.) oder die Verwendung selbstligierender Brackets, „intelligenter“ Bögen oder Mini-

Es bestehe jedoch das Risiko von Wurzelschädigungen. Zudem sei zu beachten, dass bis heute keine prospektive Studie die Gesamtbehandlungszeit und das erzielte Behandlungsergebnis mit denen einer Kontrollgruppe verglichen habe. Was biologische Methoden angeht, belege bislang keine einzige Studie, dass irgendein Medikament eine kieferorthopädische Zahnbewegung sicher beschleunigen kann. Bei den stimulierenden Geräten könne die

#### Industriemesse

Mit dem Hinweis, dass die meisten Firmen ihre Neuheiten bereits beim AAO-Kongress in Orlando vorgestellt hatten, erfolgt an dieser Stelle nur ein kleiner redaktioneller Gang über die Industrieausstellung des Stockholmer Events.

#### Beschleunigung von Zahnbewegungen

Am Stand von Promedia konnten die Besucher das Smart-MOP System kennenlernen, mit dessen Hilfe eine Mikroosteoperforation zur Beschleunigung von Zahnbewegungen erfolgen kann. Die preisgünstige Alternative zu am Markt befindlichen Systemen wie PROPEL ist einfach und schonend (ohne Inzision) mit dem Dual-Top®-Schraubendrehergriff anwendbar. Die Bohrspitze mit einer Länge von 4 mm und 1,2 mm Kerndurchmesser ist dabei so dimensioniert, dass die gewünschte knöcherne Perforation transgingival immer erzielt werden kann (laut Herstellerangaben). Smart-MOP ist sterilisierbar und kann somit mehrfach verwendet werden.

Ein neues Ultraschall-System (Aevo System™) zeigte die Kanadische Firma SmileSonica Inc. Bei dessen Anwendung wird die Aktivität von Osteoblasten und Osteoklasten mittels niedrigintensiv gepulsten Ultraschalls angeregt, wodurch Knochenumbauprozesse schneller erfolgen und kieferorthopädische Behandlungen laut Herstellerangaben ver-

kürzt werden können. Der Patient muss hierfür die beiden Mundstücke im Ober- sowie Unterkiefer einsetzen (über die KFO-Apparatur) und den Ultraschall für 20 Minuten am Tag anwenden. Das Aevo System™ basiert auf einer Software, die es ermöglicht, aktive Zonen in jedem Mundstück individuell zu definieren und die Mitarbeit des Patienten entsprechend zu kontrollieren. Es wird momentan im Direktvertrieb angeboten.

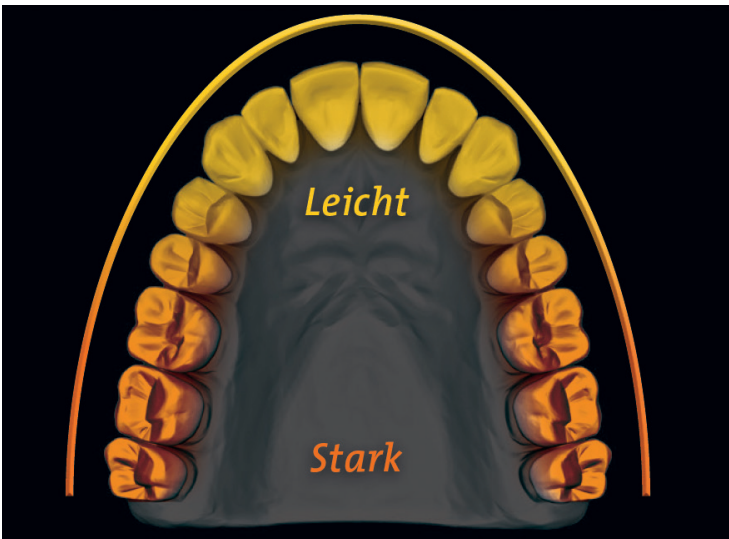
#### Kortikale Verankerung

Eine Neuheit der Firma Promedia stellt eine Ratsche mit Dentalkonnektor (ohne Drehmomentbegrenzung) zur Insertion palatinaler Schrauben dar. Insbesondere, wenn eine vertikale Stufe zwischen zwei Schrauben korrigiert werden soll, sei das Instrument ideal geeignet. Der Adapter nimmt dabei alle Instrumente mit Dentalkonnektor auf. Beim bekannten SmartJet wurde die Stoppschraube verstärkt, sodass

hierfür nun auch ein größerer Schraubendreher (goldfarben) verfügbar ist. Zudem präsentierte die Firma den SmartJet-Tube, bei dem der Z-Haken angelasert ist und somit ein einfacheres Einbringen des Doppeldrahtes in das Molarenband ermöglicht.

#### Instrumente

Hu-Friedy zeigte drei neue Stufenzangen, die automatisch eine Bajonett-Stufe von 0,5 mm, 0,75 mm oder 1 mm biegen. Dies geschieht durch zwei ineinandergreifende Zangenmäuler. Die Stufenzangen sind für runde, quadratische oder rechteckige Bogendrähte mit einem Durchmesser bis .022" x .025" geeignet. Je nach Anwendung kann eine Biegung nach rechts bzw. links erzeugt werden. Gleiches gilt für eine Stufe nach oben bzw. unten. Die Zangen sind aus hochwertigem chirurgischen Stahl gefertigt und können somit den kompletten Hygienekreislauf, inklusive Sterilisation, durchlaufen.



DuoForce® (Fa. FORESTADENT).

schrauben ein und erläuterte deren klinische Effekte entsprechend der derzeitigen Forschungslage. So könnten chirurgische Techniken die Zahnbewegung scheinbar für ein zeitlich begrenztes Fenster (drei bis vier Monate) beschleunigen (Kortikotomie effektiver als Piezozision).

Vibration bzw. Photobiomodulation einen beschleunigenden Effekt haben, jedoch sei die Qualität der gegenwärtig verfügbaren Nachweise dafür sehr gering. Und last but not least: Weder Brackets noch Bögen sind aus heutiger Sicht der Schlüssel für eine schnellere Behandlung.



Zahnfarbene Attachments (Fa. Orthocaps).

#### ANZEIGE

Sylt 2016 | 22. KFO-Fortbildungswoche – das multidisziplinäre Forum mit Dr. Anke Lentrodt  
25.09. – 30.09.2016

## Wettervorhersage heiter bis glücklich

Das möchten wir alle – und gesund sein. Na dann – auf nach Sylt! Um nicht im Gewohnten zu versanden, muss man Neues wagen. Das erfordert Visionen. Und Inspiration. Wer sich nicht aktiv wandelt, wird verwandelt. Holen Sie sich die besten Anregungen und wertvollsten Informationen für Ihre moderne Praxisführung, wir laden Sie deshalb zu einer erfrischenden Seminarwoche auf der deutschen Trauminsel ein. Erkunden Sie in multidisziplinären Veranstaltungen die neuesten Strömungen. Hier versorgen wir Sie und Ihre wertvollen Mitarbeiter ohne Druck und Stress mit neuen Ideen für kieferorthopädische Lösungen und einen leichteren Praxisalltag. Halten Sie Kurs auf die Zukunft – mit dem Kompass aktuellen Wissens. Planen Sie jetzt Ihre Auszeit!

Gleich anmelden!

50 Punkte gem. BZÄK/DGZMK



Online-Anmeldung

Fachzahnärztin für Kieferorthopädie | Dr. M. Sc. Anke Lentrodt | Eidelstedter Platz 1 | 22523 Hamburg | T +49 (0)40 5 70 30 36 | F +49 (0)40 5 70 68 34 | info@dr-lentrodt.de | www.dr-lentrodt.de

**Brackets/Bögen/Aligner**

Seit Ende März sind die nu-edge® Brackets der Firma TP Orthodontics als selbstligierende Variante auf dem deutschen Markt beziehbar. Ebenfalls aus einer Kobalt-Chromium-Legierung gefertigt, sind die Brackets bioverträglich und auch für Patienten mit einer Nickelallergie geeignet. Aufgrund der Härte des Materials können Slotbrüche durch wirkende Okklusionskräfte von vornherein vermieden werden. Das Bracket verfügt über einen robusten Verschlussmechanismus, der beim Schließen das Einrasten des patentierten „Dumbel“-Mechanismus hörbar vernehmen lässt. Geöffnet werden kann der Schieber einfach mithilfe eines Scalers, geschlossen wird er mittels Fingerdruck. Eine spezielle Oberflächenbehandlung (Nano-Polier-Technologie) beugt laut Herstellerangaben der Ansiedelung von Bakterien vor, reduziert die Friktion und sorgt zudem für eine glatte Oberfläche und höchsten Tragekomfort. Das nu-edge® SL verfügt über das patentierte „Maze-Base“-Design, welches eine optimale mechanische Haftung sowie eine laut Herstellerangaben unübertroffene Adhäsivretention beim Debonding gewährleisten soll. Sofern erforderlich, ermöglichen unauffällig gestaltete Tie-Wings das Einligieren von Ligaturen bzw. Hilfsdrähten.

Am Stand von FORESTADENT konnte das erstmals zum AAO gezeigte Sprint® II kennengelernt werden. Die überarbeitete Version des seit vielen Jahren erhältlichen Standardbrackets bietet im Vergleich zum Vorgänger ein deutlich verrundetes Design mit extrem glatten Oberflächen. Zudem weist die zweite Generation FORESTADENTs patentierte, anatomisch gewölbte Hakenbasis mit umlaufenden Padrand auf. Dank spezieller Schrägen an der mesialen sowie distalen Seite der Basis kann mittels Zange einfach debondet werden. Sprint II® Brackets werden von 5-5 OK/UK (3-5 optional mit Haken) in den Systemen Roth und McLaughlin/Bennett/Trevisi angeboten. Zwei weitere Neuheiten derselben Firma stellten zum einen das aus Edelstahl ge-

fertigte Bukkalröhrchen Tulip mit extra-großem Einsuchtrichter sowie ein aus einer Kupfer-NiTi-Legierung gefertigter Behandlungsbogen mit zwei unterschiedlichen Kraftzonen dar. DuoForce® bietet in der Front ein äußerst niedriges Kraftniveau, während im Seitenzahn- bzw. Molarenbereich stärkere Kräfte agieren. Dies hat den Vorteil, dass bereits zu Behandlungsbeginn eine Frontzahnausrichtung bei gleichzeitiger Torquekontrolle erfolgen kann.

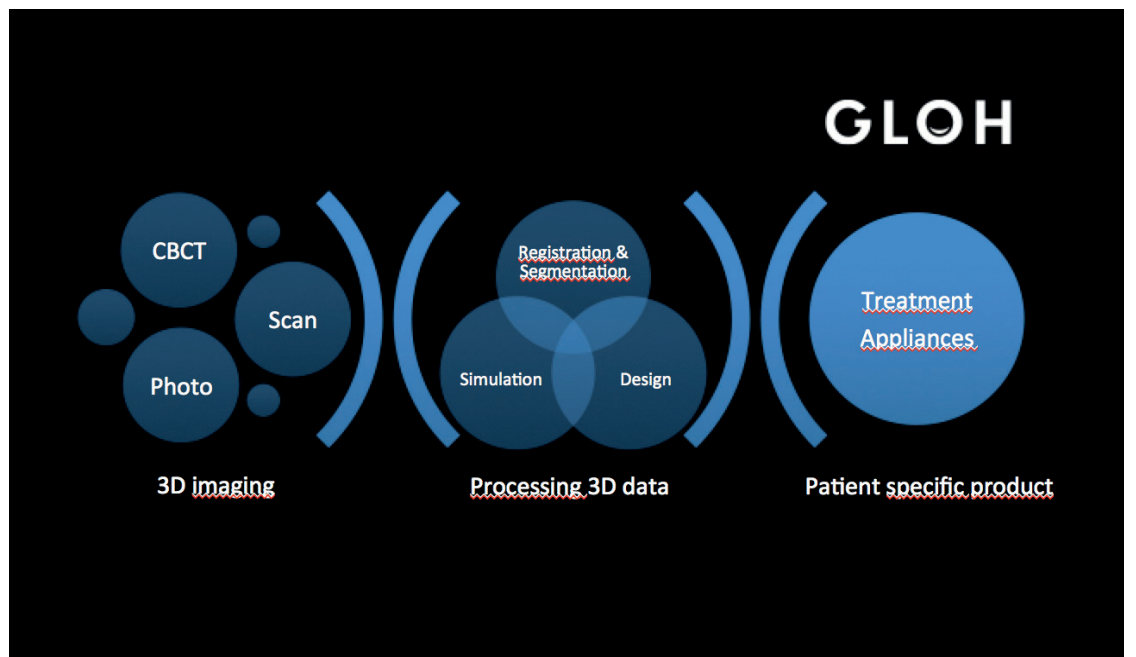
Die neue, erstmals zum AAO-Kongress vorgestellte ästhetische Bogenserie BEAUTYDENT™ (Fa. Adenta) ist jetzt lieferbar. Die superelastischen NiTi- bzw. Stahlbögen sind mit einer verfärbungsresistenten, nicht-toxischen Silber-Biopolymer-Beschichtung versehen, die nicht abgezogen werden kann. Denn aufgrund eines speziellen Fertigungsverfahrens wird diese nahtlos in die Oberfläche der darunter liegenden Bögen eingearbeitet. Diese weisen dadurch exzellente Gleiteigenschaften auf. BEAUTYDENT™ Bögen können als Rund- oder Vierkantvariante bezogen werden.

Beim bekannten orthocaps® Alignersystem können Attachments ab sofort durch den Behandler in der jeweiligen Zahnfarbe des Patienten beim Hersteller Orthocaps in Hamm angefordert werden, wodurch eine noch höhere Ästhetik erreicht werden kann.

**Hilfsmittel**

Adenta präsentierte eine neue NiTi-Feder namens CONSTANT-FORCE, welche beispielsweise beim kieferorthopädischen Lückenschluss eingesetzt werden kann. Das Besondere der Feder ist, dass diese selbst bei starker Dehnung eine klar definierte, zuverlässige Zugkraft bei komplettem Kraftplateau bietet. Die Zugkraft bleibt somit über die Längenausdehnung nahezu gleich und ermöglicht durch ihre klare Definierung, über verschiedene Zuglängen zu arbeiten.

Die Dynaflex Feder CS 2000® für die Klasse II- und III-Behandlung hat eine Modifizierung erfahren und wird jetzt neu als CS3® Apparatur angeboten (Exklusivvertrieb für DE/AT über Greiner Ortho-



GLOH Workflow (Fa. OrthodontiAkademien).

dontics). Die aus einer speziellen Legierung gefertigte NiTi-Feder ist thermoelastisch, wodurch ein kontinuierliches Rückstellvermögen bei konstanter Zugkraft (350 Gramm) gewährleistet werden kann. Zudem ist die Feder weniger anfällig für Deformationen oder Brüche. Intraoral aktiviert wird die Feder wie gehabt durch Umsetzen der Bogenverbinder (Pivots).

**Weitere Neuheiten**

Unter der neuen Marke GLOH (Global Leaders in Oral Healthcare) stellte der Schwedische Spezialist OrthodontiAkademien ein neues Konzept für die digitale Kieferorthopädie vor. Die neue Behandlungsmethode integriert neueste digitale Technologien (u. a. Scannen, 3D-Bildgebung) in einen entsprechenden Workflow zur Erstellung des Istzustandes von Gesicht, Zähnen und Kiefern bzw. zur Planung und Visualisierung eines möglichen Behandlungsergebnisses sowie Auswahl des Therapiegerätes in Abstimmung mit dem Patienten. Anschließend wird die Behandlungsapparatur mittels Robotertechnologie gefertigt. GLOH richtet sich an KFO-Praxen in aller Welt und unterstützt diese bei der Integration des digitalen Workflows in die eigene Praxis. Einen wichtigen Baustein – insbesondere für Praxen, welche Schritt für Schritt in die digitale Welt einsteigen möchten – ist der GLOH e-service. Dieser stellt den Praxen via Cloud den Zugang zu neuesten Technologien und einen digitalen Behandlungsplan zur

Verfügung. Spezialisierte Praxen können zudem einen vollumfassenden Zugang zum GLOH Konzept erhalten, indem sie ein Korrespondenztraining sowie eine Zertifizierung erlangen (GLOH zertifiziert).

EOS-Kongress 2016 [Bildergalerie]



**Ausblick**

Der 93. EOS-Kongress findet vom 5. bis 10. Juni 2017 im Schweizer Montreux statt. Tagungspräsident ist Prof. Dr. Christos Katsaros. KN

ANZEIGE

**Entscheidung für die Zukunft**

**ivoris® ortho**

die beste KFO-Software kraftvoll und zuverlässig

Schlagen Sie zu! DGKFO B03 / A06 und auf Fachdentals



**DentalSoftwarePower**

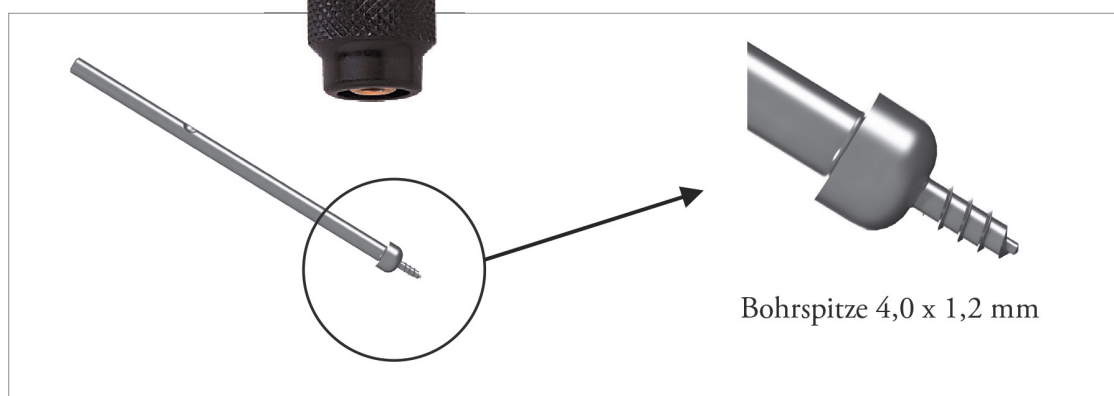
**Computer konkret**

DentalSoftwarePower info@ivoris.de | Tel. 03745 7824-33

praxis upgrade



JEIL 111-010



Bohrspitze 4,0 x 1,2 mm

Smart-MOP (Fa. Promedia).