

**BTI Deutschland GmbH**

Mannheimer Str. 17  
75179 Pforzheim  
Tel: 07231 42 806- 12  
Fax: 07231 42 806- 15  
e-mail: tanja.burkhardt@bti-implant.de

## Kurze Implantate + PRGF®-Endoret® **Dr. Volker Ludwig**

**29. Januar 2014** 14.00 bis 19.00 Uhr

**19. Februar 2014** 14.00 bis 19.00 Uhr

**Veranstaltungsort:** Fürth

**195,- €**

zzgl. MwSt.

Kurze Implantate finden bei vermindertem vertikalem Knochenangebot und aufgrund guter Prognose eine immer größer werdende Akzeptanz. Umfangreiche chirurgische und augmentative Maßnahmen können so ggf. vermieden werden.

Darüber hinaus erleichtern und bereichern ergänzende Techniken wie z.B. PRGF®-Endoret® (autologe Wachstumsfaktoren + Fibrinmembranen) die chirurgischen Maßnahmen spürbar.

Bei diesem Live-OP Kurs steht die Verwendung kurzer Implantate sowie die Anwendung der PRGF®-Endoret® Technik im Vordergrund.

Komplettiert wird das Seminar durch die Vorstellung der wichtigsten anfallenden Therapieschritte im Rahmen einer implantologischen Rehabilitation, z.B. Freilegung, Abformung, Gerüstanprobe etc.

Alle Schritte werden direkt am Patienten gezeigt und erörtert.

So wird ein maximaler Praxisnutzen sichergestellt und der interkollegiale Austausch gefördert.

### **Kursthematik:**

- Fallerörterung und Live-OP mit kurzen Implantaten
- Anwendung der PRGF®-Endoret®-Technik (körpereigene Wachstumsfaktoren & autologe Fibrinmembranen) (Optionale Hands-On Übungen)
- Freilegung, Abformung, Anprobe
- Diskussion
- Live OP's zum Thema

Die Veranstaltung wird unter Anerkennung der Leitsätze für Fortbildung der DGZMK und BZÄK durchgeführt. Entsprechend dem Punktesystem erhalten Sie 4 Punkte für den Fortbildungsnachweis.

# Anmeldung zum Live-OP-Seminar: Kurze Implantate + PRGF<sup>®</sup>-Endoret<sup>®</sup>

**Fax-Nr: 07231 42 806- 15**

**Veranstaltungsort:** Dr. Volker Ludwig & Kollegen  
Alte Reutstr. 172  
90765 Fürth

**Kurszeiten:**  **29. Januar 2014** 14.00 bis 19.00 Uhr  
 **19. Februar 2014** 14.00 bis 19.00 Uhr

**Teilnahmegebühr:** **195,- €** zzgl. MwSt. inkl. Kaffeepausen und Imbiss

## **Namen der Teilnehmer:**

Teilnehmer 1 \_\_\_\_\_

Teilnehmer 2 \_\_\_\_\_

Teilnehmer 3 \_\_\_\_\_

## **Praxis-/Rechnungsadresse:**

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Titel \_\_\_\_\_

Straße, Nr \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Bitte in Druckschrift ausfüllen. Danke.

Praxisstempel und Unterschrift