



FORTBILDUNGSPUNKTE

9

nach bzäk / dgzmk

## IMPLANT-PROTHETIK PRO

Kommunikation und Information sind unabdingbar. Das gilt für alle Lebensbereiche, für die Zusammenarbeit von Praxis, Labor und Patienten allerdings ganz besonders.

In dieser Fortbildung nimmt unser Referent Sie mit auf die Reise zu den implantatprothetischen Erfolgskonzepten schlechthin. Sie lernen step by step verschiedene prothetische Versorgungen anhand von Modellen kennen und erfahren, welche Patienten für welche Versorgung geeignet sind.

Weiterhin wird Ihnen die Web-Plattform READY FOR USE vorgestellt, die es Ihnen ermöglicht, ohne eigene Planungssoftware oder ohne eigene digitale Fertigungsverfahren Ihren Patienten geführte Implantologie und schon vor der Chirurgie fertige temporäre Versorgungen anzubieten. Und das ohne Risiko, ohne Investition und ohne Stress.

### WAS SIE ERWARTET

- ◆ Sofortversorgungskonzepte.
- ◆ Pfeilvermehrung & zahnloser Kiefer.
- ◆ Digitaler Workflow bei SKY fast & fixed.
- ◆ Das RevoCone Abutment - ein individuelles Abutment mit standardisiertem Konus.
- ◆ READY FOR USE - der digitale Workflow ohne Investition mit erfahrenen Partnern.
- ◆ Planung eigener Fälle.

### REFERENT

**Dr. Tim Übermuth M. Sc.**  
*Zahnarzt*

### KURSORT

**iCAD GmbH**  
*Südwall 29  
29221 Celle*

### GEBÜHREN

Die Kursgebühr beträgt:  
**595,00 €** zzgl. MwSt.

### TERMIN

**14. September 2024**  
*Von 9 bis 18 Uhr.*

# ANMELDUNG

# IMPLANT-PROTHETIK PRO

14. September 2024

- Scannen Sie den [QR Code](#) und melden Sie sich direkt online an

oder

- Senden Sie das untenstehende Anmeldeformular per [E-Mail](mailto:marketing-medical@bredent.com) an [marketing-medical@bredent.com](mailto:marketing-medical@bredent.com)



[www.semplan21.de/bredent](http://www.semplan21.de/bredent)

**Name der Praxis** \_\_\_\_\_

**Titel** \_\_\_\_\_

**Name** \_\_\_\_\_

**Straße/Nr.** \_\_\_\_\_

**PLZ/Wohnort** \_\_\_\_\_

**Tel./Fax:** \_\_\_\_\_

**Ausbildungsgrad**    ZA/ZÄ    Assistent/in    ZT    Oralchirurg    MKG-Chirurg

Praxisstempel

Ich möchte künftig per

E-Mail/Newsletter    Postalisch    Telefonisch

von der bredent medical GmbH & Co. KG und der bredent GmbH & Co. KG über Veranstaltungen, Produkte, Dienstleistungen, Sonderangebote sowie Kundenbefragungen informiert werden. Ich kann meine Einwilligung jederzeit für die Zukunft gegenüber der bredent medical GmbH & Co. KG und der bredent GmbH & Co. KG, insbesondere unter [Datenschutz@bredent.com](mailto:Datenschutz@bredent.com) widerrufen.

\_\_\_\_\_ **Datenschutz**

**Datum / Unterschrift**

Einverständniserklärung gemäß Datenschutzerklärung Nr. II Ziffer 5 (S.48- 49)

\_\_\_\_\_ **Anmeldung**

**Datum / Unterschrift**

Grundlage der verbindlichen Kursanmeldung sind die Allgemeinen Geschäftsbedingungen für das Kurswesen (Stand 2020, Fortbildungsprogramm 2022) welche ich mit meiner Unterschrift akzeptiere. <https://bredent-group.com/general-terms-of-business/>

DENTAL INNOVATIONS  
SINCE 1974

**bredent** group