



eazf Tipp

Zahnärztliche Schlafmedizin

Tageskurs mit Dr. Susanne Schwarting

Freitag, 19. Februar 2016

Uhrzeit: 9.00 – 17.00 Uhr

Kursort: München

Kursnummer: 66075

Kursgebühr: 410 Euro

Fortbildungspunkte: 8



Kursinhalte

Es wird oft darüber gewitzelt, oft wird es auch totgeschwiegen – das Schnarchen. 30 Millionen Deutsche kennen die Probleme damit aus eigener Erfahrung. Was viele nicht wissen: Das nächtliche „Sägen“ kann nicht nur für den Bettnachbarn ärgerlich sein, sondern es kann sich dahinter ein gravierendes Krankheitsbild, das Schlafapnoe-Syndrom, verbergen. Die Betroffenen haben einen unerholsamen Schlaf, wachen morgens „wie gerädert“ auf und leiden unter Tagesmüdigkeit mit Sekundenschlafgefährdung am Steuer. Auch Depression und sexuelle Unlust sind Symptome der Schlafapnoe. Die Folgen dieser nächtlichen Atmungsstörung sind gefürchtet: Bluthochdruck, Herzinfarkt und Schlaganfall.

Schlafmedizinisch fortgebildete Zahnmediziner können auf dem neuen Gebiet der zahnärztlichen Schlafmedizin erfolgreich tätig werden, wenn sie in den interdisziplinären Behandlungsablauf eingebunden sind. Erweitern Sie Ihr Behandlungs-

spektrum kompetent um ein interessantes und aufstrebendes Tätigkeitsfeld: Schlafmedizin ist Faszination pur!

Folgende Themen werden in dem Kurs „Zahnärztliche Schlafmedizin – Protrusionsschienen zur Therapie von Schlafapnoe und Schnarchen“ behandelt:

- Was ist ein gesunder Schlaf?
- Pathophysiologie von Schnarchen und Schlafapnoe
- Diagnostik im Schlaflabor
- Behandlung mit der Überdruckschlafmaske
- Wirkungsweise und Design von Unterkieferprotrusionsschienen
- Wissenschaftlicher Stand der Schienentherapie
- Anpassung von Protrusionsschienen – Step-by-step
- Praktische Übung zur Protrusionsregistrierung
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den Schlafmedizinern

Kursanmeldung: Telefon: 089 72480-192, **Fax: 089 72480-188**, E-Mail: info@eazf.de, www.eazf.de

Anmeldung

Hiermit melde/n ich/wir mich/uns verbindlich zum Kurs „Zahnärztliche Schlafmedizin“ an:

Name/Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon/Telefax: _____ E-Mail: _____

Praxisanschrift Privatanschrift

Die Geschäftsbedingungen der eazf GmbH (im Programmheft abgedruckt oder über www.eazf.de einsehbar) sind mir/uns bekannt, mit ihrer Geltung bin/sind ich/wir einverstanden.

Datum: _____ Unterschrift/Praxisstempel: _____