

- Einladung -

Mainz, Juli 2016

Liebe Freundinnen und Freunde des Arbeitskreises Dr. Beckenbach,

noch bevor die Sommerpause beginnt, machen wir auf unser erstes Treffen danach aufmerksam. Wir glauben, dass uns gerade die Erhaltung des parodontalen Gewebes vor ständig neue Herausforderungen stellt und das Ringen um die möglichst optimale PAR-Therapie, bzw. Vor- und auch Nachsorge uns auch zukünftig permanent beschäftigen wird. Für unseren Arbeitskreis haben wir daher eine profilierte Referentin gewinnen können, um das Thema "Parodontologie" einmal mehr durch Austausch von Wissenschaft und Praxis zu beleuchten. Allen "AKMZlern", auch jenen, die am 21.07. nicht kommen können, wünschen wir eine erholsame, glückliche Ferienzeit und freuen uns, auf ein Wiedersehen spätestens im September.

Mit besten Grüßen

Boris Henkel und Hartmut Lingelbach

Thema Fragen und Antworten: Parodontitis-Therapie in der Praxis

Referenten Priv.-Doz. Dr. Merete Jervoe-Storm

Studium der ZMK-Heilkunde an der Universität Kopenhagen, Dänemark

1981-1988 Tätigkeit in freier Praxis (DK)

1988 deutsche Approbation

1989 Wissenschaftl. Mitarbeiterin an der Poliklinik für Zahnerhaltung und Parodontologie der Universität Bonn

1993 Promotion und Ernennung zur akad. Rätin

1998 Ernennung zur akad. Oberrätin

seit 1997 Oberärztin an der Poliklinik für Parodontologie, Zahnerhaltung und Präventive Zahnheilkunde der Universität Bonn (Direktor: Prof. Dr. Dr. S. Jepsen)

Wissenschaftliche Projekte: Mikrobiologische Diagnostik in der Parodontologie

Termin **Donnerstag, 08.09.2016 um 19:30 Uhr**

Ort Favorite Parkhotel Mainz | Karl-Weiser-Strasse 1 | 55131 Mainz

Anmeldung

Bitte nutzen Sie unser online Anmeldesystem auf www.akmz.de . Sofern kein Internet vorhanden, faxen Sie uns diese Anmeldung mit Ihrem Praxisstempel versehen bis spätestens 2 Tage vor dem Veranstaltungstermin an folgende Faxnummer 06131 - 23 21 23.

Hiermit melde(n) ich/wir uns verbindlich für oben genannten Vortrag an. Ich/Wir nehme(n) mit _____ Person(en) teil.

Praxisstempel

oder: **Name, Vorname** _____

Praxisname _____

Telefon _____

Email _____