



**Vorsitzender: Dr. Manuel Eichinger, Würzburg**  
**Fortbildung: Dr. Wolfgang Stähler**  
**Augustinerstr. 3, 97070 Würzburg**  
**Tel.: 0931-12300, Fax: 0931-17200**

## **Folgende Fortbildungen bietet der ZFV Würzburg an:**

**Dr. Stefan Koch**, Sonneberg

### **Halitoseherapie**

Dr. Koch ist seit 10 Jahren auf das Gebiet der Halitoseherapie spezialisiert. Ein Thema, das für jede Zahnarztpraxis eine sinnvolle Erweiterung des Behandlungsspektrums darstellt. Der Kurs vermittelt einen Erfahrungsbericht aus der Praxis für die Praxis incl. Vorstellung und Anwendung des Halimeters.

**Kursort:** ZMK Würzburg, Pleicherwall 2, Seminarraum, Raum 2322 / 2323,  
**Kurstermin:** Donnerstag, 29.01.2009, 19:00-21:00 Uhr  
**Kursgebühr:** 30,00 Euro  
**Punkte:** 2

**Prof. Dr. Bernd Klaiber**, ZMK - Klinik Würzburg

### **Die Kompositrestauration im Seitenzahnbereich – state of the Art**

Prof. Dr. Klaiber freut sich, den Würzburger Kollegen einen Überblick über den aktuellen Stand der Komposittechnik geben zu können. Die Teilnehmer haben Vorrang bei der Besetzung eines möglichen späteren praktischen Arbeitskurses in der Zahnklinik.

**Kursort:** ZMK Würzburg, Pleicherwall 2, Kleiner Hörsaal, Raum 2320  
**Kurstermin:** Donnerstag, 19.03.2009, 19:00-21:00 Uhr  
**Kursgebühr:** 30,00 Euro (Mitglied ZFV); 50,00 Euro (Nichtmitglied ZFV)  
**Punkte:** 2

Die Leitsätze und Empfehlungen der BZÄK einschließlich der Punktebewertung werden anerkannt.



## ANMELDUNG

Hiermit melde(n) ich/wir mich/uns für folgenden Kurs **verbindlich** an:

Name(n)/  
Vorname(n): \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon/Fax: \_\_\_\_\_

Hiermit ermächtige ich den ZFV Würzburg einmalig die Kursgebühr(en) in Höhe von \_\_\_\_\_ Euro von meinem Konto abzubuchen.

Kontonummer : \_\_\_\_\_ BLZ: \_\_\_\_\_

Bank: \_\_\_\_\_

---

Datum, Unterschrift des Kontoinhaber

Kurs (bitte Anzahl der Personen eintragen)

\_\_\_\_\_ **Halitoseherapie**

\_\_\_\_\_ **Die Kompositrestauration im Seitenzahnbereich – state of the Art**

---

- Ich bin bereits Mitglied im ZFV Würzburg
- Ich bin kein Mitglied
- Bitte senden Sie mir einen Aufnahmeantrag zu  
(auch als PDF-Datei unter [www.zfv-wuerzburg.de](http://www.zfv-wuerzburg.de) zum download)

♣ **!!!! Anmeldungen bitte per Post oder Fax an:**

**Zahnarztpraxis Dr. Wolfgang Stähler**  
**Augustinerstr. 3**  
**97070 Würzburg**  
**Fax: 0931-17200**