



## Therapiekonzepte: Immediate Smile® mit ATLANTIS™ Abutment

Neustadt an der Aisch, 27. April 2016

### Referent



Dr. Mischa Krebs

### Veranstalter



Dr. Peter Schneider



### Programm

- Immediate Smile® Konzept in Kombination mit ASTRA TECH Implant System™ Profile EV
- Prothetische Konzepte wie z. B. ATLANTIS™ OD

### Individuelle provisorische Sofortversorgung bei nur einem Operationstermin

Das auf der 3D-Bildgebung beruhende umfassende SIMPLANT™ System ermöglicht die präzise Implantatplanung mit vorhersagbaren Restaurationsergebnissen. Die einzigartige Kombination von SIMPLANT™ mit dem ASTRA TECH Implant System™ EV erschließt das Potenzial der computer-gestützten Implantatbehandlung. Die Vorteile des vollständig digitalen Workflows sorgen zudem für noch größere Einfachheit und Effizienz im Behandlungsablauf.

Eine Kombination des Immediate Smile® Konzepts mit dem ATLANTIS™ Abutment bedeutet, dass Zahnarzt und Patient von den bewährten Vorteilen der SIMPLANT™ geführten Chirurgie und des patientenindividuellen ATLANTIS™ Abutmentdesigns in einer einzigen Lösung profitieren – und zwar mit erheblichem Mehrwert.





## Details

### Datum/Uhrzeit

Mittwoch, 27. April 2016  
17.00–21.00 Uhr

### Gebühr

Die Veranstaltung ist kostenfrei.

### Punkte

Die Veranstaltung wurde mit 4 Punkten bewertet (nach BZÄK und DGZMK).

### Veranstaltungsort

Allee Hotel  
Alleestraße 14  
91413 Neustadt a. d. Aisch  
www.allee-hotel.de

### Veranstalter/Anmeldung

Dr. med. dent. Peter Schneider  
Fachzahnarzt für Oralchirurgie  
Tätigkeitsschwerpunkt Implantologie  
Paracelsusstr. 34, 91413 Neustadt a. d. Aisch  
Tel.: 09161 662798, Fax: 09161 882848  
E-Mail: info@oralchirurgie-nea.de  
www.oralchirurgie-nea.de

Das wissenschaftliche Programm wird unterstützt von



## Anmeldung per Fax: 09161 882848

(Bitte vollständig und in Druckbuchstaben ausfüllen.)

Ja, ich nehme an der Veranstaltung am 27. April 2016 in Neustadt a. d. Aisch teil.

Teilnehmer 1: Name, Vorname, Berufsbezeichnung

Teilnehmer 2: Name, Vorname, Berufsbezeichnung

Straße, PLZ/Ort

Tel./Fax

E-Mail

Kunden-Nr.

Anmeldung per E-Mail:  
info@oralchirurgie-nea.de

Praxisstempel

Datum/Unterschrift