

L'iscrizione dà diritto al Corso di aggiornamento,
alle pratiche ministeriali ed al certificato ECM.

Il corso è a numero chiuso: 200 partecipanti.

Il costo dell'iscrizione è di € 50,00 iva compresa.

Per i primi 60 l'iscrizione sarà gratuita.

Le iscrizioni verranno accettate fino ad esaurimento dei
posti disponibili e solo dietro ricevimento della scheda di
iscrizione **entro e non oltre il giorno 05/05/2012**

La scheda di iscrizione del presente invito va inviata via
fax al numero 091.304115 o via mail all'indirizzo
info@accademiamedica.eu

Quota e modalità di versamento

L'iscrizione può avvenire tramite pagamento
contanti o tramite bonifico bancario intestato
a:

"Libera Accademia di Medicina Biologica" al c/c
Banca Nuova Ag. 7, via G. Sciuti - Palermo
IBAN IT16T0513204609892570245116

Causale del versamento: *Iscrizione al corso teorico
pratico di gnatologia 19 maggio 2012*

Condizioni di iscrizione

Il corso è a numero chiuso e le iscrizioni verranno accetta-
te fino ad esaurimento dei posti disponibili e solo dietro
ricevimento della scheda di iscrizione unita alla copia del
versamento già effettuato.

Eventuali rinunce devono essere comunicate per iscritto
fino a 10 giorni lavorativi prima dell'evento ed in tal caso
verrà rimborsato il 70% della quota e fatturata la rimanen-
za. Oltre tale data non verrà effettuato alcun rimborso.



SEGRETERIA SCIENTIFICA

Coordinatore Scientifico:

Dott. Attilio Molino

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Libera Accademia di Medicina Biologica

Via Valdemone n.14 Palermo

Tel./Fax 091 304115

E-mail: info@accademiamedica.eu

www.accademiamedica.eu

Responsabile: Debora Galante



Provider ECM

Corso teorico-pratico

Gnatologia e Riabilitazione

Neuro-Occlusale

Catania 19 maggio 2012



Aga Hotel

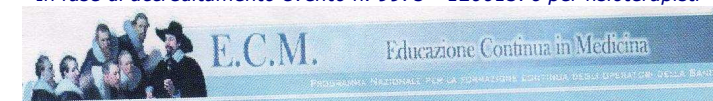
Viale Ruggero di Lauria n. 43

CATANIA

In fase di accreditamento evento n. 9975 - 12001376 per medici

In fase di accreditamento evento n. 9975 - 12001376 per odontoiatri

In fase di accreditamento evento n. 9975 - 12001376 per fisioterapisti



Sabato 19 maggio

Programma

Ore 08,30

Registrazione dei partecipanti

Ore 09,00

Saluti

Introduzione al corso

Ore 09,30

Diagnosi di occlusione patologica

(anamnesi - ispezione - indagine strumentale - test di Mersermmann)

Prove pratiche

Ore 11,00

Pausa

Ore 11,15

Impostazione del piano di trattamento

(comunicazione col paziente - promesse terapeutiche - prevenzione dell'insuccesso)

Ore 13,15

Pausa

Ore 14,30

**Semestre di terapia gnatologica
(protocolli dei controlli mensili)**

Ore 16,00

Finalizzazione dei casi trattati

(mediante apparecchi PLanas - onlay, protesi, compositi diretti)

Ore 18,00

Discussione finale

Ore 18,30

Questionario di verifica



Relatore

Dott. Attilio Molino

Medico Chirurgo - Odontoiatra
Professore a contratto nel Corso di Alta Formazione - Universitaria Alma Mater Bologna
www.medicinaesteticadentale.com

Obiettivo del corso

Il ruolo dell'occlusione è chiamato in causa in alcuni disturbi a eziologia incerta. Cervicalgie, cefalee, disturbi dell'equilibrio, mal di schiena, acufeni e altre patologie rispondono in percentuale significativa a variazioni dell'occlusione sia in senso positivo che negativo. In conseguenza di ciò, parecchie figure sanitarie (Otorino, Fisioterapista, Pediatra, Medico di base ecc.) si trovano in difficoltà nel saper distinguere i casi a eziologia occlusale da quelli dovuti ad altre alterazioni d'organo.

Questa giornata di lavori ha come obiettivo primario, quello di permettere al corsista di acquisire un metodo clinico che possa individuare e differenziare la sintomatologia del paziente, in modo da permettere al terapeuta d'indirizzare quest'ultimo verso la cura più adeguata.

Catania sabato 19 maggio 2012

Corso teorico pratico

Gnatologia e Riabilitazione Neuro-Occlusale

SCHEDA di ISCRIZIONE

da completare in ogni parte in stampatello ed inviare tramite fax al numero 091/304115

segreteria organizzativa:

Libera Accademia di Medicina Biologica

tel. 091.304115

Cognome _____

Nome _____

Luogo di nascita _____ data ___/___/___

Indirizzo _____ n° _____

Città _____ Cap _____

Tel _____ fax _____

Cell _____

P. IVA _____

C.F. _____

e-mail (chiara e leggibile)

_____ @ _____

Professione:

- Medico
- Odontoiatra
- Fisioterapista
- Altro _____

Firma del partecipante per iscrizione, conferma per quanto sopra e per liberatoria alla detenzione cartacea ed informatica dei dati comunicati con la finalità di consentire l'iscrizione, la fatturazione, l'invio informazioni .

Data

Firma
