



# Dr. Eva Meierhöfer

Limbacher Straße 31 - 91126 Schwabach

☎ 0170/7548376 Fax 09122/6301427

---

E-Mail: [seminare@meierhoefer.info](mailto:seminare@meierhoefer.info) Internet: [www.meierhoefer.info](http://www.meierhoefer.info)  
IBAN: DE19 7645 0000 0231 5509 30 SWIFT-BIC: BYLADEM1SRS

## **Kursinformationen** **zum Hospitationskurs** **am Samstag/Sonntag, den 25./26. März 2023**

### **AK/FMD Hospitationskurs am 25./26. März 2023**

Dieser Kurs entspricht 3 Hospitationstagen á 5 Stunden laut den Richtlinien der IMAK.  
**Praktische Umsetzung Funktionelle Myodiagnostik/Applied Kinesiology in der Zahnarztpraxis (Praxishospitation)**

**Termin:** 25./26.03.23  
Beginn: Samstag um 9.00 Uhr / Ende: Sonntag gegen 16.00 Uhr

**Kursort:** Praxis Therapie Team Hilpoltstein / Praxis Rainer Wittmann  
Döderleinsweg 9, 91161 Hilpoltstein  
1. Stock, Fortbildungsraum

**Referenten:** Dr. E. Meierhöfer / Dr. R. Meierhöfer

**Kursgebühr:** € 535.- zzgl. € 58,85 **Verpflegungspauschale (Catering)**  
für 3 Pausen, 2 Mittagessen und Getränke.  
Rechnung folgt ca. 2 Wochen vor dem Praxiskurs.

Bei Absagen bis 3 Wochen vor dem Kurs wird eine Bearbeitungsgebühr von € 100.-, danach die gesamte Kursgebühr fällig, es sei denn, der/die verhinderte Teilnehmer/in sorgt für Ersatz.

**Anmeldung:** Per Fax: 09122/6301427  
oder E-Mail: [seminare@meierhoefer.info](mailto:seminare@meierhoefer.info)

### **Übernachtungsmöglichkeiten:**

Johanns-Hotel, Christoph-Sturm-Straße 25 -29, 91161 Hilpoltstein, [www.johanns-hotel.de](http://www.johanns-hotel.de), Tel: 09174/976360

Pension Zur Krone, Christoph-Sturm-Str. 39, 91161 Hilpoltstein, [www.pensionkrone.de](http://www.pensionkrone.de), Tel: 09174/1494

Gasthof-Hotel „Zur Post“, Marktstr. 8-10, 91161 Hilpoltstein, [www.hotel-post-hip.com](http://www.hotel-post-hip.com), Tel: 09174/976980

Gasthof Bögl, Zwingerstr. 8, 91161 Hilpoltstein, [www.gasthof-boegl.de](http://www.gasthof-boegl.de), Tel: 09174/1205

**Kursprogramm:** Integration der Funktionellen Myodiagnostik/ AK in die Zahnarzt-/Arztpraxis am Patienten.

Ausführliche Besprechung jedes Behandlungsfalles.

Ihr selbst oder eigene Patienten können nach Absprache untersucht werden (ca. 7-8 Live-Patientenuntersuchungen im Kurs).

Liebe FMD/AK-Freunde,

wir bitten darum, dass ihr uns bis **20. Januar 2023** mitteilt, ob ihr selbst oder ein Patient aus eurer Praxis zur Testung im Rahmen des Kurses vorgestellt und untersucht werden soll.

Dem Patienten aus eurer Praxis oder euch selbst entstehen für die Untersuchung und Testung keine zusätzlichen Kosten.

Es ist wichtig für die Planung im Vorfeld zu wissen, in welchen Bereichen (Kopfschmerzen, Kiefergelenk, Herde, Materialbelastung, PA, Störfelder, Schmerzen, Verdauungsbeschwerden, Allergien etc.) die Hauptprobleme liegen. Deshalb ist es notwendig einen Anamnesebogen unter der E-Mail-Adresse **seminare@meierhoefer.info** anzufordern und auszufüllen.

Den ausgefüllten Anamnesebogen lasst ihr uns bitte **spätestens bis 1. Februar 2023** zukommen.

Außerdem bräuchten wir bei zahnärztlichen Thematiken vorher 01-Befunde, Vitalitätsprüfungsergebnisse und -soweit vorhanden- Röntgenaufnahmen, um Zeit für die allseits bekannten Untersuchungen zu sparen. Notwendige Laborwerte sollten ebenfalls dem Anamnesebogen beigelegt werden oder nach Rücksprache mit uns erhoben werden. Wir würden euch dann rechtzeitig die Einteilung der Patienten (Tag, Zeit) mitteilen.

Wir werden maximal 3-4 Patienten pro Tag bestellen, um viel Zeit für Diskussionen zu haben.

**Am Samstagabend möchten wir euch gerne zu einem gemeinsamen Abendessen in Hilpoltstein einladen und bitten euch, dies einzuplanen.**

Wir freuen uns auf eure Rückantwort und auf den Kurs.

Beste Grüße  
Eva und Rudolf

## **ANMELDUNG**

per Telefax: 09122/6301427

per E-Mail: [seminare@meierhoefer.info](mailto:seminare@meierhoefer.info)

### **FMD/AK Hospitationskurs am 25./26.03.23**

Titel/Vorname/Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

- Ich möchte mich selbst untersuchen lassen
- Ich bringe einen Patienten aus meiner Praxis mit

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift/Praxisstempel)