

## Omeopatia in odontoiatria, corso base



### Presentazione:

*“Una risposta mirata alle richieste dei pazienti che si curano anche con l’omeopatia”*

L’omeopatia è utilizzata da oltre 8 milioni di pazienti in Italia sia in prevenzione che in terapia di molte aree patologiche. I pazienti si rivolgono al proprio odontoiatra o dentista per avere le informazioni necessarie sia sul corretto utilizzo dei medicinali omeopatici in concomitanza ai trattamenti odontoiatrici che sulla loro compatibilità con altre terapie farmacologiche.

### Obiettivi

- ☞ Conoscere i concetti generali della terapia omeopatica;
- ☞ Comprendere le diverse opportunità di applicazione nel paziente in corso di trattamenti odontoiatrici;
- ☞ Valutare le opportunità e i limiti di integrazione dei medicinali omeopatici nei trattamenti odontoiatrici;
- ☞ Ampliare il proprio bagaglio terapeutico con un ulteriore strumento di cura efficace in molte situazioni riscontrate nella pratica quotidiana

### Metodologia didattica

Il percorso formativo integra lezioni teoriche con presentazione di casistica clinica.

### Destinatari

**Odontoiatri e Medici Dentisti**

### Finalità

Acquisire le conoscenze per poter attuare una scelta terapeutica individualizzata e appropriata con i medicinali omeopatici nelle situazioni cliniche trattate nel corso quando richieste dai propri pazienti.



Arnica montana

Sede e Calendario	<b>MILANO</b> c/o Istituto Don Bosco— Via Tonale 19 (Zona Stazione Centrale—MM linea gialla, fermata Sondrio) <b>Orario:</b> 9.00-13.00
1° seminario	17 ottobre 2009
2° seminario	14 novembre 2009
3° seminario	12 dicembre 2009

## Omeopatia in odontoiatria, corso base

### Programma

#### 1 seminario: 17 ottobre 2009

Omeopatia in odontoiatria

- ☞ Principi fondamentali
- ☞ Metodologia di applicazione alla patologia acuta.
- ☞ Possibilità e limiti d'intervento

Applicazioni pratiche in:

- ☞ Estrazioni: prevenzione e complicanze
- ☞ Emorragie
- ☞ Ascessi: trattamento coadiuvante

Casi clinici

#### 2 seminario: 14 novembre 2009

Opportunità di intervento in:

- ☞ Ansia e paura
- ☞ Nausea
- ☞ Iperestesia, dolore

Casi clinici

#### 3 seminario: 12 dicembre 2009

Opportunità di intervento nelle patologie orali:

- ☞ Stomatiti - mucositi; afte; gengiviti
- ☞ Glossiti; cheiliti
- ☞ Herpes simplex

Casi clinici

Test finale

### Docente

#### Cristina Molina

Medico

Specialista in odontostomatologia

Diploma triennale di omeopatia

Diploma di fitoterapia

Titolare di studio dentistico in Pavia

Dal 1990 ad oggi titolare di studio dentistico con dirette responsabilità gestionali (non limitate all'aspetto sanitario)



### Come iscriversi

Quote di iscrizione incluso il materiale didattico	
Intera	300,00+60,00 IVA = <b>360,00€</b>
Soci A.M.I.C.O.	250,00+50,00 IVA = <b>300,00€</b>

#### Modalità di pagamento:

- ☞ **100,00€** acconto preiscrizione
- ☞ **saldo** della quota restante al 1° seminario

Le quote vanno versate con bonifico bancario a:

- ☞ **Chronos sas - Banca Intesa San Paolo**
- ☞ **IBAN: IT67E 0306933523100000000068**

**Il corso è a numero chiuso**  
**Chiusura delle iscrizioni 9 ottobre 2009**

#### Modalità di iscrizione - Codice OB01Mi1

- ☞ compilare la scheda di iscrizione in tutte le sue parti
- ☞ effettuare versamento dell'acconto di 100,00€
- ☞ inviare la scheda e la fotocopia del versamento a mezzo:
  1. **posta:** Chronos Via F. Lurani, 12—20091 Bresso (MI)
  2. **Fax:** 02- 91436853
  3. **Online** sul sito:

[www.chronosform.it](http://www.chronosform.it)



# SCHEDA DI ISCRIZIONE

## Omeopatia e Odontoiatria – corso base

Sede: MILANO – Codice **OBO1MI1**

Cognome ..... Nome .....

**Odontoiatra**                       **Medico Dentista**

**Attività professionale** .....

**SOCIO A.M.I.C.O.**                       **Altro:.....**

- Codice fiscale del partecipante (obbligatorio) .....

### DATI obbligatori DELL'ISCRITTO AL CORSO

indirizzo abitazione    indirizzo studio/F.cia

Cognome .....

Nome .....

Via.....n°.....

CAP: .....Città.....PV.....

Tel. ....Cell. ....

E-mail .....

### DATI PER LA FATTURAZIONE

indirizzo abitazione    indirizzo studio/F.cia

Intestazione.....

Via.....n°.....

CAP: .....Città.....PV.....

Tel. ....Fax.....

E-mail: .....  
*Per invio telematico fattura*

P. IVA .....

CF F.cia:.....

barrare se sprovvisto di P.IVA

### **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI**

(Art. 47, D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a.....

Nato/a.....il .....

Residente a .....

In Via/Piazza .....n°.....

Consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità DICHIARA

di essere in possesso della Laurea in .....

di essere iscritto/a all'Ordine professionale di.....

Data.....

Firma.....

Autorizzo al trattamento dei dati personali ai sensi della legge 196/2003 nonché la diffusione dei dati ad altre società partnership.  SI                       NO

Data.....

Firma.....