

Curriculare Kursreihe CMD



Hands-on-Kurs

Auch Einzelbausteine buchbar!

Kurs 1: Basiskurs CMD – Theorie und Diagnostik der Craniomandibulären Dysfunktion
Kursnummer: 6045.14
Termine: Fr 23.02.2018, 14:00 – 19:00 Uhr
 Sa 24.02.2018, 09:00 – 17:00 Uhr
Referentin: Dr. Andrea Diehl
Kursgebühr: 295,- Euro
Punkte: 6+1+8+1

Kurs 2: Therapie der CMD – Schientherapie und adjuvante Therapien
Kursnummer: 6067.11
Termine: Fr 23.03.2018, 14:00 – 19:00 Uhr
 Sa 24.03.2018, 09:00 – 17:00 Uhr
Referenten: Dr. Andrea Diehl, Dr. Annette Wiemann
Kursgebühr: 385,- Euro
Punkte: 6+1+8+1

Kurs 3: Die zentrische Kondylenposition – Manuelle Einstellung der Kiefergelenke in Zentrik
Kursnummer: 1015.1
Termin: Sa 21.04.2018, 09:00 – 17:00 Uhr
Referentin: Dr. Andrea Diehl
Kursgebühr: 245,- Euro
Punkte: 8+1

Kurs 4: Ganzheitliche CMD und strukturelle Einflüsse
Kursnummer: 6066.6
Termine: Fr 01.06.2018, 14:00 – 19:00 Uhr
 Sa 02.06.2018, 09:00 – 17:00 Uhr
Referenten: Dr. Andrea Diehl, Dr. Uta Laukens, Physiotherapeutin Katja Dams
Kursgebühr: 385,- Euro
Punkte: 6+1+8+1

Kurs 5: CMD – Psyche – Stress
Kursnummer: 6065.7
Termine: Fr 15.06.2018, 14:00 – 19:00 Uhr
 Sa 16.06.2018, 09:00 – 17:00 Uhr
Referenten: Dr. Andrea Diehl, Dr. Wolf-Richard Nickel, Dipl.-Ing. Jost Blomeyer
Kursgebühr: 385,- Euro
Punkte: 6+1+8+1

Kurs 6: Ganzheitliche CMD und viszerale Einflüsse
Kursnummer: 6068.6
Termine: Fr 29.06.2018, 14:00 – 19:00 Uhr
 Sa 30.06.2018, 09:00 – 17:00 Uhr
Referenten: Dr. Andrea Diehl, Heilpraktikerin Birgit Conte, Heilpraktikerin Barbara Titze
Kursgebühr: 385,- Euro
Punkte: 6+1+8+1

Bei erfolgreicher Absolvierung von 6 Einzelkursen* und des kollegialen Abschlussgespräches kann zusätzlich ein CMD-Zertifikat erlangt werden.**

* Zu den Einzelkursen zählen folgende Kursnummern: 1015.x, 6045.x, 6065.x, 6066.x, 6067.x, 6068.x, 6085.x | ** Innerhalb eines Zeitraumes von 3 Jahren.

Anmeldeformular Fax 030 4148967 | E-Mail: info@pfaff-berlin.de | Beratung unter 030 414725-0

PFAFF BERLIN

Ich akzeptiere die Allgemeinen Geschäftsbedingungen des Philipp-Pfaff-Institutes Berlin und melde mich hiermit verbindlich für den/die oben angekreuzten Kurs/e an.

Titel | Name | ggf. Geburtsname * | Vorname des Teilnehmers

* falls bereits ein Kurs unter diesem Namen gebucht wurde

Meine Kontaktdaten sind Privat Praxis

Telefon | Fax

E-Mail

Geburtsdatum



DIN EN ISO 9001
REG.-NR. Q1 0410015

Adresse (ggf. inklusive Praxisname)

Ort | Datum | Unterschrift