

Inhalte

1. Entwicklungsauffälligkeiten in den ersten Lebensjahren und ihre Folgen aus der Sicht von Neonatologen, Pädiatern, Kieferorthopäden, Psychologen, Soziologen, Hinderzahnärzten, Logopäden, Myofunktionstherapeuten
2. Zusammenhang von Wahrnehmungsleistungen und Funktionsstörungen

Programm

- 9.00 Uhr Begrüßung und Einführung
- 9.15 Uhr Die Bedeutung der Wahrnehmung bei myofunktionaler Therapie im Kindesalter
Frau Sabine Fuhlbrück, Leipzig
Zertifizierte MF-Therapeutin, k-o-s-f®-Therapeutin
- 9.55 Uhr Fütterstörungen bei Säuglingen und Kleinhindern und ihre Behandlung im Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) Leipzig
Frau Ellen Saal, Leipzig
Sprachtherapeutin
Frau Dagmar Scherling, Leipzig
Diplommedizinerin, Hinderärztin
- 10.35 Uhr Pause
- 11.00 Uhr Das Zungenbändchen: Die interdisziplinäre Lösung
Frau Mathilde Furtenbach, Österreich
Zertifizierte MF-Therapeutin, Logopädin

11.40 Uhr Das Prinzip der körperorientierten Sprachtherapie k-o-s-t nach S. Codoni und orofaziales System
Frau Susanne Codoni, Schweiz
Zertifizierte MF-Therapeutin, Logopädin, k-o-s-f®-Therapeutin

12.25 Uhr Mittagspause

14.00 Uhr Fluoride beim Kind – wie mache ich es richtig?
Frau Dr. Vanessa de Moura Sieber, Lörrach
Hinderärztin

Frau Prof. Dr. Almut Makuch, Leipzig
Hinderzahnärztin, Diplomspsychologin

14.40 Uhr Übertragungswege der Karies – Mütter haben große Verantwortung

Frau Prof. Dr. Susanne Kneist, Jena
Diplombiologin

15.20 Uhr Pause

15.45 Uhr Ausgewählte Aspekte zur dentofazialen Entwicklung

Frau Dr. Bianca Gelbrich, Leipzig
Zahnärztin

16.25 Uhr Besonderheiten der Entwicklung visueller und auditiver Wahrnehmungsleistungen bei 0- bis 6-jährigen Kindern

Frau Dr. Gisela Friedrich, Leipzig
Diplomspsychologin, Hinderpsychotherapeutin

17.05 Uhr Schlusswort

17.30 Uhr Ende der Veranstaltung

Anmerkung

Die Vortragszeiten schließen die Diskussionszeiten ein.

Rückantwortkarte

Bitte abtrennen und im Umschlag per Post oder per Fax an 0341-4 92 89 67 senden!

Anmeldung zum

2. Symposium Kindlicher Entwicklung
am 03. März 2012 in Leipzig

Bitte in Druckschrift ausfüllen!

Titel _____

Vorname/Name _____

Praxis/Krankenhaus _____

Einrichtung/Abteilung _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

Telefax _____

E-Mail _____

Hiermit melde ich mich zu der o.g. Veranstaltung an.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten für interne Zwecke gespeichert werden. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nur mit meiner ausdrücklichen Einwilligung.

Ort/Datum/Unterschrift _____