

## 12. Kurs für Stabilisations- und Trainingstherapie

Liebe Ärztekollegen, Physiotherapeuten und medizinische  
Trainer,



## Sie kennen therapieresistente Schmerzen am Bewegungsapparat!

Schließen Sie die diagnostische und therapeutische Lücke zu den Pathologien der hypermobilen Gefügestörungen von Extremitäten- und Wirbelsäulengelenken.

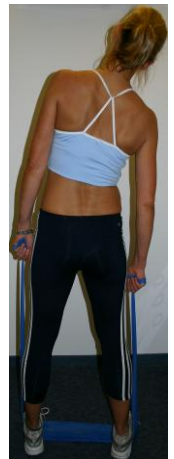
Wir möchten Sie hierzu zum **nächsten Stabilisations- und Trainingstherapiekurs der Wirbelsäule am 15. und 16. November 2014** einladen.

**Beginn:** jeweils 9:00 Uhr **Ende:** 18:00 Uhr **Veranstaltungsort:** Competence-Center Dr. Kreutz, Niederndorfer Hauptstraße 63, 91074 Herzogenaurach



### Ziele des Kurses sind:

1. Beschreiben und Vermitteln der klinischen Schmerz- und Krankheitsbilder aus dem Bereich der Instabilitäten und Hypermobilitäten der Extremitäten.
2. Erlernen der spezifischen Diagnostik und der manuellen Untersuchungstechniken zur Erstellung der Funktionsdiagnosen.
3. Vermitteln der geeigneten Therapieverfahren für ligamentäre und muskuläre Stabilisatoren.
4. Einführung in das segmentale muskuläre Stabilisationstraining.



Lassen Sie sich durch Behandler mit langjähriger Erfahrung in der Symptomatologie der bislang durchweg unzureichend verstandenen und behandelten klinischen Schmerzbilder zu neuen therapeutischen Optionen begleiten.

Bitte bringen Sie geeignete Hallenschuhe und Turnbekleidung mit zu dem Kurs.

### Teilnahmegebühren:

270 Euro für Ärztliche Mitglieder des DSVB      290 Euro für Ärztliche Nichtmitglieder  
190 Euro für Nichtärztliche Mitglieder des DSVB      210 Euro für Nichtärztliche Nichtmitglieder

Bitte abtrennen und an das DSVB Sekretariat faxen: 09132 836484 oder per E-Mail an: [info@dsvb.org](mailto:info@dsvb.org)

### Anmeldung für den 15./16. November 2014 (Extremitäten)

Anrede:  Herr       Frau      Titel: \_\_\_\_\_  
Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Arzt    Fachrichtung: \_\_\_\_\_     Physiotherapeut     Medizinischer Trainer  
Mit meiner Unterschrift melde ich mich verbindlich zu o.g. Kurs an. Die Teilnahmegebühr von \_\_\_\_\_ Euro wird auf die Bankverbindung KSK Erlangen; Konto Nr. 23003015; BLZ 763 500 00 überwiesen. Bei Auslandsüberweisungen: IBAN: DE35 7635 0000 0023 0030 15; BIC: BYLADEM 1 ERH

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_