Gewebsnekrosen durch Devitalisationsmittel

Andreas Filippi, Dr. med. dent.
Abteilung Oralchirurgie und Zahnärztliche Poliklinik
(Leiter: Prof. Dr. H. Kirschner)
Medizinisches Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Justus-Liebig-Universität Gießen
Adresse:
Schlangenzahl 14, 35392 Gießen

Zusammenfassung

Immer wieder werden Gewebsschäden an Gingiva- und Alveolarknochen beobachtet, welche durch den Austritt von als Devitalisationsmittel verwendetem Paraformaldehyd induziert wurden. Zur Vermeidung irreversibler Schäden, die in der Regel zu Wundrevisionen und im Einzelfall zum Verlust des betroffenen Zahnes führen, sollte auf die Verwendung von Devitalisationseinlagen verzichtet werden.

Indizes

Devitalisationsmittel,
Paraformaldehyd,
Gewebsnekrosen

Einleitung

Die medikamentös induzierte Nekrose der nicht erhaltungsfähigen Pulpa sollte nur in Ausnahmefällen betrieben werden[1,5]. Dennoch gehört der Einsatz von Paraformaldehyd als Devitalisationsmittel noch immer zu den regelmäßig durchgeführten Behandlungen der erkrankten Pulpa. Gründe dafür können in Einzelfällen die unvollständige Anästhesie der geschädigten Pulpa sowie eine hohe Perkussionsempfindlichkeit des Zahnes sein, was eine endodontische Behandlung zunächst nicht erlaubt[5,11]. Ein weiterer Grund ist im System der Bestellpraxis zu sehen. Mit Devitalisationseinlagen versorgte Zähne finden sich in aller Regel bei Schmerzpatienten, die in den engmaschig vorgeplanten Praxisablauf eingeschoben werden müssen. Obwohl die optimale Therapie der akuten irreversiblen Pulpitis in der Vitalexstirpation mit sofort anschließender Wurzelkanalbehandlung besteht[2,5], fehlt dem Zahnarzt meist die erforderliche Behandlungszeit[4]. Aus

diesem Grunde wird die Einlage eines Devitalisationsmittels vorgezogen.
Bei Überschreitung der empfohlenen Liegedauer von 10 bis 15 Tagen und/oder unvollständiger Abdichtung der Kavität kann es zum Austritt des Präparates kommen. In den meisten Fällen geschieht dies im subgingivalen Approximalraum. Das austretende Paraformaldehyd führt zunächst zu einer weißlich-grauen Gingivanekrose[8,13]. Blutungsneigung oder Schmerzempfindung bestehen nicht. Bei längerer Liegedauer oder beim Austritt von höheren Dosen des Paraformaldehyds greift die Nekrose auch auf den Kieferknochen über[9]. Die an Weichgewebe und Knochen entstandenen Schäden sind irreversibel.



Abb. 1 Paraformaldehyd in Form des Handelspräparates Toxavit

Fallbeschreibungen

Fall 1

Befund

Die 50jährige Patientin stellt sich im Herbst 1992 erstmalig im Rahmen des Notdienstes in der hiesigen Poliklinik vor. Sie klagt über klopfende Beschwerden im linken Oberkiefer-Seitenzahnbereich. Klinisch zeigt sich vestibulär der Zähne 26/27 eine nekrotisch zerfallene Interdentalpapille. Der Zahn 27 ist mit einer temporären Füllung versorgt, die Beweglichkeit des Zahnes entspricht einer Lockerung zweiten Grades. Die übrigen Zähne sind nicht gelockert. Anamnestisch wird von einer vor etwa 3 Wochen gelegten Devitalisationseinlage berichtet. Die Aussage wird in einem Gespräch mit dem Hauszahnarzt bestätigt. Bei dem verwendeten Präparat handelt es sich um ein Medikament auf Paraformaldehyd-Basis (Toxavit; Fa. Lege Artis, Dettenhausen) (Abb. 1).
Die radiologische Untersuchung mittels Orthopantomogramm und intraoraler Zahnröntgenaufnahme ergibt eine tiefe Knochentasche in der genannten Region (Abb. 2 und 3).

Therapie

Die temporäre Füllung wird mitsamt dem applizierten Medikament entfernt. Kavität und marginales Parodontium werden ausgiebig mit 3%iger H_2O_2-Lösung und steriler isotonischer Kochsalzlösung gespült. Der Wundbereich wird mit einer Jodoform-Vaseline-Gaze drainiert. Die vorgeschlagene Entfernung des Zahnes 27 lehnt die Patientin ab. Sie möchte sich von ihrem Hauszahnarzt weiterbehandeln lassen, mit dem die Therapie abgesprochen wird.



Abb. 2 Übersichtsaufnahme der interdentalen Nekrose regio 26/27



Abb. 3 Nekrose des interdentalen Knochenseptums regio 26/27

Fall 2

Befund

Die 25jährige Patientin stellt sich Anfang 1993 erstmalig mit Beschwerden an Zahn 47 in unserer Abteilung im Rahmen des Notdienstes vor. Anamnestisch ergibt sich eine etwa 4 Wochen zurückliegende Trepanation des Zahnes 47 mit anschließender Devitalisationseinlage. Die Rücksprache mit dem behandelnden Zahnarzt bestätigt die Verwendung eines Paraformaldehydpräparates. Die klinische Untersuchung ergibt eine temporär verschlossene Trepanationsöffnung des überkronten Zahnes 47. Des weiteren zeigt sich eine von den Zähnen 47/48 gelöste flotierende, ödematös veränderte Interdentalpapille. Bei Sondierung der erkrankten Region stellt sich das interdentale Knochenseptum als gelockertes Sequester dar. Eine intraorale Zahnröntgenaufnahme (Abb. 4) ergibt eine Perforation distal an Zahn 47, etwa in Höhe



Abb. 4 Iatrogene Perforation distal an Zahn 47 mit Sequestrierung des interdentalen Knochenseptums

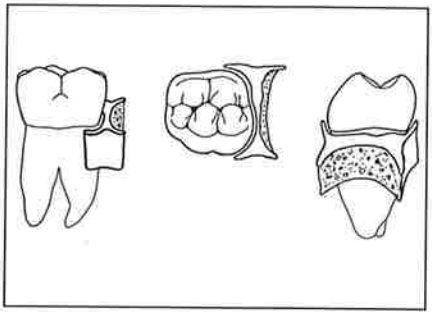


Abb. 5 Darstellung von Lokalisation sowie Ausmaß des entfernten Knochensequesters in drei Ebenen und des Zahnes 48



Abb. 6 Intraoperative radiologische Darstellung nach Entfernung der nekrotischen Gewebe und Hemisektion des Zahnes 47



Abb. 7 Radiologische Darstellung der Region 47/48 drei Monate post operationem



Abb. 8 Klinische Situation regio 47/48 drei Monate post operationem

des Pulpakammerbodens. Bei der sich anschließenden Abnahme der Brücke 44–47 zeigt sich eine Perforation zum besagten Approximalraum hin, die offensichtlich beim Trepanationsversuch gesetzt wurde.

Therapie

Noch im Notdienst werden die Brücke und Reste des verwendeten Präparates entfernt. Die erkrankte Parodontalregion wird ausgiebig mit Wasserstoffperoxid und steriler isotonischer NaCl-Lösung gespült. Der approximale Wundbereich wird drainiert, der Zahnersatz anschließend temporär wieder eingesetzt. In der folgenden Sitzung wird an Zahn 47 eine Hemisektion durchgeführt und die distale Wurzel entfernt. Das sequestrierte interdentale Knochenseptum (Abb. 5) wird unter Sicht vollständig entfernt und anschließend pathohistologisch untersucht. Der Alveolarknochen wird mittels Osteotomie angefrischt. Nahtlegung und Wunddrainage beschließen den Eingriff (Abb. 6). Dem Patienten wird ein Oralpenicillin verordnet.
3 Monate post operationem hat sich eine gute Gewebsneubildung eingestellt (Abb. 7 und 8). In der betroffenen Region ist der Knochen weitgehend regeneriert. Der Zahn 48 zeigt Lockerungsgrad I. Die endodontische Behandlung des hemisezierten Zahnes 47 ist geplant.

Fall 3

Befund

Die 40jährige Patientin stellt sich Anfang 1993 erstmals mit Beschwerden an Zahn 26 in unserer Klinik vor. Anamnestisch ergibt sich eine 4 Wochen zuvor erfolgte Trepanation des besagten Zahnes; es wurde ein Devitalisationsmittel auf Paraformaldehyd-Basis appliziert. Zahn 26 ist mit einer Metallkeramikkrone versorgt. Klinisch ist die Interdentalpapille regio 26/27 nekrotisch zerfallen (Abb. 9). Die radiologische Untersuchung (Abb. 10 und 11) ergibt eine tiefe Knochentasche im genannten Bereich; an Zahn 28 besteht Caries profunda.

Therapie

Nach Entfernung des temporären Füllungsmaterials und des Devitalisationsmittels wird der erkrankte Interdentalbereich gespült und mit einer Drainage ver-



Abb. 9 Nekrose der Interdentalpapille regio 26/27



Abb. 10 Übersichtsaufnahme zur interdentalen Knochennekrose regio 26/27



Abb. 11 Nekrose des interdentalen Knochenseptums regio 26/27

sorgt. Auf Wunsch der Patientin wird der Zahn 26 in einer weiteren Sitzung extrahiert, ebenso Zahn 28. Am entfernten Zahn 26 kann ein mäßig adaptierter Kronenrand festgestellt werden, durch den das eingebrachte Paraformaldehyd entweichen konnte. Nekrotische Gingiva und erkrankter Kieferknochen werden bis ins gesunde Gewebe abgetragen. Das entnommene Material wird der pathohistologischen Untersuchung zugeführt. Die entstandene Wunde wird post operationem bis zur Entfernung der Nähte drainiert.

Pathohistologische Untersuchung

Aus dem Institut für Pathologie der hiesigen Universität erreichen uns zu den entnommenen und eingesandten Geweben gleichlautende Befunde: Es handelt sich um partielle Gewebsnekrosen mit bakterieller Besiedlung.

Diskussion

Im Gegensatz zu früheren Publikationen[7,15], in denen Paraformaldehyd zum Ersatz von Arsenpräparaten auch bei unsachgemäßer Anwendung in der Mundhöhle als unbedenklich dargestellt wurde, muß der Einsatz von Devitalisationseinlagen heute in Übereinstimmung mit neueren Untersuchungen[8] als überholt eingestuft werden. Sowohl ausgedehnte Weichgewebs- als auch tiefreichende Knochennekrosen konnten nicht nur klinisch, sondern auch tierexperimentell nachgewiesen werden[9].

Die Verwendung von Devitalisationseinlagen muß in der zahnärztlichen Praxis die Ausnahme bleiben, besser noch: die Applikation von Devitalisationsmitteln sollte unterbleiben. Die Versorgung einer irreversiblen akuten Pulpitis sollte in der Trepanation des Zahnes und nachfolgenden Amputation oder Exstirpation der Pulpa liegen[3–5,10–12,14]. Bei unzureichender Anästhesie empfehlen sich ersatzweise kortikoidhaltige Präparate (z. B. Ledermix; Fa. Lederle, Wolfratshausen)[11] bzw. Präparate auf Kalziumhydroxid-Basis. Allerdings ist die schmerzlindernde Wirkung umstritten. Sollte im Ausnahmefall ein Devitalisationspräparat auf Paraformaldehyd-Basis eingesetzt werden, so ist auf einen völlig dichten, hermetischen Medikamentenabschluß zu achten[5,8]. Da ein solcher Verschluß bei Zahnhals- sowie flachen Approximalkavitäten der Seitenzähne nicht immer gewährleistet ist, muß in diesen Fällen der Zahn zusätzlich von okklusal eröffnet und das Medikament in diesen Teil der Kavität appliziert werden. Des weiteren ist darauf zu achten, daß nicht noch versteckte, mit der Devitalisationseinlage kommunizierende kariöse Defekte, undichte Kronenränder oder gar iatrogen geschaffene Perforationen vorhanden sind. Als Verschlußmittel sind nur sogenannte medikamentendichte Materialien wie z. B. Zinkoxid-Eugenol oder Glasionomer-Zemente geeignet. Auf keinen Fall dürfen Liner, Wattepellets, Guttapercha oder Cavit[3] verwendet werden. Ebenso wichtig wie die richtige Wahl ist die vorschriftsmäßige Verarbeitung und sachgemäße Applikation des Verschlußmittels. Der Patient ist engmaschig einzubestellen und der provisorische Verschluß auf seinen Zustand zu überprüfen. Mit der endodontischen Behandlung sollte möglichst bald begonnen werden[4,14].

Sowohl die beschriebenen lokalen Schädigungen durch Paraformaldehyd als auch kanzerogene Eigenschaften dieser Substanz[6] führen zu der Empfehlung, anderen beschriebenen Therapieformen den Vorzug zu geben[5,10].

Bei vorgefundener paraformaldehydinduzierter Gewebsschädigung muß in jedem Fall das Devitalisationsmittel sofort und vollständig entfernt werden. Das Ausmaß der Schädigung ist sowohl klinisch als auch radiologisch zu beurteilen. Die Therapie besteht in einer vollständigen operativen Entfernung der nekrotischen Gewebsanteile. Eine spontane Abstoßung oder eine Restitutio ad integrum abzuwarten ist fahrlässig, da es in Abhängigkeit von der ausgetretenen Medikamentendosis noch zu einer Ausdehnung der Schädigung kommen kann. Die Kontamination des Alveolarknochens bedingt folglich kompromißlos eine Osteotomie und ggf. die Hemisektion oder Extraktion des betroffenen Zahnes. In Einzelfällen kann auch die Entfernung des Nachbarzahnes erforderlich werden.

In zwei der hier mitgeteilten Fälle haben die Patienten rechtliche Schritte gegen die behandelnden Zahnärzte eingeleitet. Die Verfahren sind noch nicht abgeschlossen.

Literatur

1. Arzneimittelkommission Zahnärzte: Informationen über zahnärztliche Arzneimittel. Bundeszahnärztekammer und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Köln 1988.
2. *Bergenholtz, G.:* Biologische Grundlagen der Endodontie. Dtsch Zahnärztl Z 45, 187–191 (1990).
3. *Blaney, T. D., Peters, D. D., Setterstrom, J.* und *Bernier, W. E.:* Marginal sealing quality of IRM and Cavit as assessed by microbiological penetration. J Endod 7, 453–456 (1981).
4. *Grossman, L. I., Oliet, S.* und *del Rio, C. E.:* Endodontic Practice. Lea & Febiger, Philadelphia 1988.
5. *Guldener, P. H. A.* und *Langeland, K.:* Endodontologie. Thieme, Stuttgart 1982.
6. International Agency for Research on Cancer (WHO): IARC Monographs on the evaluation of the carcinogenic risk of chemicals to Humans. Vol. 29. IARC, May 1982.
7. *Leonhardt, H.:* Zur Devitalisation der Zahnpulpa und der bakteriziden Wirkung verschiedener Devitalisationsmittel. Zahnärztl Welt 69, 528–533 (1968).
8. *Löst, C.:* Weichgewebs- und Knochennekrosen nach Toxavit-Einlage ohne ausreichenden provisorischen Kavitätenverschluß. Dtsch Zahnärztl Z 39, 371–378 (1984).
9. *Löst, C.* und *Geurtsen, W.:* Parodontale Veränderungen nach provozierter Diffusion von Toxavit in den Approximalraum. Dtsch Zahnärztl Z 39, 379–387 (1984).
10. *Mumford, J. M.* und *Jedynakiewicz, N. M.:* Principles of endodontics. Quintessence, London 1988.
11. *Pecchioni, A.:* Die Wurzelkanalbehandlung. Quintessenz, Berlin 1982.
12. *Schmalz, G.:* Die Wurzelkanalbehandlung – Klinische Erfolge. Dtsch Zahnärztl Z 45, 251–256 (1990).
13. *Seltzer, S.:* Endodontology. Lea & Febiger, Philadelphia 1988.
14. *Welne, F. S.:* Endodontic Therapy. Mosby, St. Louis 1989.
15. *Zahradka, J.:* Zum Problem der Pulpadevitalisation. Zahnärztl Rundsch 75, 377–382 (1966). □

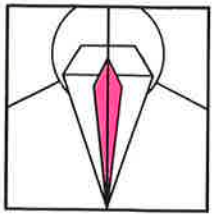


1. Internationales

ENDODONTIE-SYMPOSIUM

22. bis 24. Oktober 1993 – Hyatt-Hotel – Köln

Grundlagen und Prinzipien moderner Endodontie



Die im Vergleich zu früher erheblich gestiegenen Erfolgsaussichten endodontischer Therapie – die Chancen eines Langzeiterfolges nach Wurzelkanalbehandlung werden heute je nach Ausgangssituation mit 80 % und mehr angegeben – beruhen im wesentlichen auf

- den gewonnenen Einsichten in die Biologie des Endodonts,
- der Erkennung der vorwiegend bakteriellen Genese von Pulpaerkrankungen und deren Folgen und
- weiterentwickelten Materialien und Techniken.

Dieses Symposium wendet sich an die Kolleginnen/Kollegen in der freien Praxis, die

- begierig sind, ihr endodontisches Wissen aufzufrischen,
- ihre endodontische Erfolgsquote der o. g. annähern möchten,
- ihre Unsicherheiten in der Beurteilung endodontischer Probleme und die Angst vor unliebsamen Zwischenfällen reduzieren möchten,
- erkannt haben, daß im Rahmen der Zahnerhaltung die Endodontie in der Praxis erheblich an Bedeutung gewinnen wird.

Fragen, auf welche die Teilnehmerin/der Teilnehmer wissenschaftlich abgesicherte, qualifizierte Antworten erwarten darf, sind z. B.:

- In welchen Fällen und warum ist eine Wurzelkanalbehandlung aus heutiger Sicht indiziert?
- Wie kann sich eine irreversible Pulpitis entwickeln, und wie läßt sie sich von einer reversiblen Pulpitis (Indikation zu vitalerhaltenden Maßnahmen) unterscheiden?
- Wie entsteht eine periradikuläre Parodontitis, und unter welchen Umständen und mit welchen Erfolgschancen kann sie auf rein konservativem Wege behandelt werden?

In logischer Abfolge werden die einzelnen Behandlungsschritte einer Wurzelkanalaufbereitung und -füllung von international renommierten Referenten abgehandelt. Das Programm vermittelt das theoretische Rüstzeug zur praktischen Beherrschung einer Wurzelkanalbehandlung von durchschnittlichem Schwierigkeitsgrad. Es ist bewußt als **Einstieg** in eine Reihe von Symposien mit internationaler Besetzung konzipiert mit dem Ziel, einer etwas vernachlässigten Teildisziplin der Zahnerhaltung – der Endodontie – die Bedeutung zukommen zu lassen, die sie aufgrund ihres wissenschaftlichen Fundamentes wie aber auch des aktuellen wie zukünftigen Behandlungsbedarfes verdient.

Vorläufiges Programm
1. Internationales Endodontie-Symposium

Freitag, 22. Oktober 1993

18.00 Uhr Eröffnung des Tagungsbüros
Registrierung

Samstag, 23. Oktober 1993

9.00 Uhr Einführung in das Programm
C. Löst

9.15 Uhr Was heißt: Moderne Endodontie für die Praxis? C. Löst

Grundlagen moderner Endodontie

9.30 Uhr Prävention iatrogener Pulpaschädigungen
P. R. Wesselink

10.00 Uhr Die irreversibel geschädigte Pulpa
– Ätiologie, Pathogenese, Diagnose – W. Raab

10.30 Uhr Pause,
Besuch der Ausstellung

11.00 Uhr Die endodontisch bedingte (apikale) Parodontitis
– Ätiologie, Pathogenese, Formen, Konsequenzen für die Therapie – C. Löst

Die Praxis der Wurzelkanalbehandlung
(Erschließen und Aufbereiten des endodontischen Systems)

12.00 Uhr Präparation der Zugangskavität L. Peters

12.30 Uhr Die Röntgenmeßaufnahme
M. DeCleen

13.00 Uhr Mittagspause,
Besuch der Ausstellung

14.00 Uhr Die Isolierung des Arbeitsfeldes R. Winkler

14.30 Uhr Manuelle Wurzelkanalaufbereitung M. Trope

15.45 Uhr Pause,
Besuch der Ausstellung

16.15 Uhr Aktuelle Beurteilung mechanischer und anderer Aufbereitungssysteme
M. Hülsmann

16.45 Uhr Akute Exazerbationen
– Mögliche Ursachen, Prävention, Therapie –
M. Trope

17.15 bis 17.45 Uhr Diskussion

Sonntag, 24. Oktober 1993

Die Praxis der Wurzelkanalbehandlung
(Provisorische und definitive Wurzelkanalfüllung)

9.00 Uhr Temporäre Einlagen in der Endodontie
– Indikation, Arten, Applikation – H. J. Staehle

9.30 Uhr Prinzipien der Wurzelkanalfüllung und konventionelle Techniken P. R. Wesselink

10.15 Uhr Prinzip und Bewertung moderner Wurzelfülltechniken –
B. Briseño

10.45 Uhr Pause,
Besuch der Ausstellung

11.15 Uhr Bleichen wurzelkanalbehandelter Zähne R. Weiger

11.15 Uhr Rationelle Endodontie in der Praxis P. H. A. Guldener

12.15 bis 13.00 Uhr Diskussion und endodontische Fragen an die Referenten

22.–24. 10. 93

Veranstaltungsort:
Hyatt/Regency Köln
Kennedy-Ufer 2a
Tel.: 02 21 / 8 28 12 34
Fax: 02 21 / 8 28 13 70

Wissenschaftliche Leitung:
Prof. Dr. C. Löst
Prof. Dr. P. R. Wesselink
Dr. R. Winkler

Anmeldung:
Bitte senden Sie Ihre Anmeldung an:
CONGRESS PARTNER GmbH
Emmastraße 220
D-28213 Bremen
Tel.: 04 21 / 21 90 73
Fax: 04 21 / 21 64 19

Teilnahmegebühren:
Niedergelassene Ärzte:
DM 428,– incl. 1 Mittagessen
Assistenten:
DM 200,– ohne Mittagessen

Dentalausstellung:
In den angrenzenden Räumen des Kongreßsaales findet eine fachbegleitende Dentalausstellung statt.

Anreise / Unterbringung:
CONGRESS PARTNER ist Ihnen gern bei der Anreise und Unterbringung behilflich. Zimmer können wir Ihnen im Tagungshotel und im Altea-Hotel anbieten.
Bitte beachten Sie das Anmeldeformular.

Rahmenprogramm:
Samstag, 23. 10. 1993:
Theater in der Filmdose – Kabarett
Ingo Appelt: Wir sterben und Sie machen Witze
Theater „Senftöpfchen"
Beate Rademacher: Chansons

Veranstalter:
ENDODONTIE
– Die Zeitschrift für die Praxis –
Ifenpfad 2–4
D-12107 Berlin

ANMELDUNG

1. Internationales Endodontie-Symposium

Rücksendung an:
Congress Partner
Reise- und Veranstaltungs GmbH
Tel.: 04 21 / 21 90 73
Fax: 04 21 / 21 64 19

1. Internationales Endodontie-Symposium
Anmeldung Tagung

Kongreßteilnehmer _____ Name _____ Vorname _____

Kongreßteilnehmer _____ Name _____ Vorname _____

Begleitperson _____ Name _____ Vorname _____

Begleitperson _____ Name _____ Vorname _____

Adresse _____ Straße/Hausnr. _____ PLZ _____ Ort _____ Land _____

Telefon _____ Telefax _____

Teilnahmegebühren
Niedergelassene Ärzte: DM 428,– incl. 1 Mittagessen
Assistenten: DM 200,– ohne Mittagessen

Die Teilnahmegebühr von Total DM _____ liegt der Anmeldung in Form eines Verrechnungsschecks bei.

Hotelunterbringung
Preise pro Zimmer und Nacht: – Hyatt Regency Köln ohne Frühstück
– Altea Hotel Köln inkl. Frühstücksbuffet

Hyatt Regency	Doppelzimmer DM 265,–	Einzelzimmer DM 235,–
Altea Hotel	Doppelzimmer DM 160,–	Einzelzimmer DM 140,–

Bitte reservieren Sie ____ EZ / ____ DZ vom _____ bis _____

= _____ Nächte im Hotel _____.

Rahmenprogramm
Bitte reservieren Sie für Samstag, den 23. Oktober 1993
Theater in der Filmdose
Kabarett (Ingo Appelt: Wir sterben und Sie machen Witze)
Kartenpreis inkl. Vorverkaufsgebühren DM 30,–

_____ Karten = Total DM _____

Theater „Senftöpfchen"
(Beate Rademacher – Chansons)
Kartenpreis inkl. Vorverkaufsgebühren und Getränkebons DM 58,–

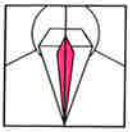
_____ Karten = Total DM _____

Dieser Anmeldung liegen bei

Scheck Nr. 1 –	für die Teilnahmegebühren – siehe vorstehend –	
Scheck Nr. 2 –	für die Kosten der 1. Hotelnacht =	DM _____
	für die Kosten der Theaterkarten =	DM _____
	Versandgebühren	DM 5,–
	Totalbetrag Scheck Nr. 2	DM _____

Die Allgemeinen Bedingungen erkenne ich mit meiner Unterschrift im Namen aller angemeldeten Personen an.

Datum _____ Unterschrift _____



ALLGEMEINE BEDINGUNGEN

- Anmeldung kann nur unter gleichzeitiger Übersendung der Tagungsgebühr sowie der Reiseanzahlung erfolgen. Wir bitten um Übersendung von 2 separaten Schecks.
- In jeder Kategorie stehen nur begrenzte Zimmerkapazitäten zur Verfügung. Nach Ausbuchung des gewünschten Kontingentes bleibt es Congress Partner vorbehalten, Zimmer in einem anderen Hotel zu reservieren.
- Bei Annullierung der Hotelreservierung wird bis 2 Wochen vor Anreise eine Gebühr von DM 50,– pro Person erhoben. Danach und bis 3 Tage vor Reiseantritt wird der Preis der ersten Hotelnacht in Rechnung gestellt. Ab 2 Tage vor Reiseantritt bzw. Nichterscheinen ohne vorherige Stornierung werden alle Hotelnächte wie gebucht in Rechnung gestellt.
- Bei Änderung der Hotelreservierung fällt eine Bearbeitungsgebühr von DM 30,– pro Person an.
- Bestellte Theaterkarten haben keinen Erstattungswert, es sei denn, sie können vor Ort weiterverkauft werden.
- Sollten Sie besondere Wünsche für die Ausstellung der Rechnung haben, teilen Sie uns diese bitte bei Anmeldung mit. Für Rechnungsumschreibungen wird eine Gebühr von DM 30,– pro Rechnung erhoben.
- Den Preisen liegen die derzeitigen Tarife der Leistungsträger sowie die z. Z. gültige MwSt. zugrunde. Änderungen, die sich unserer Einflußnahme entziehen, bleiben vorbehalten.
- Für Hotel, Flug und Rahmenprogramm ist der Vermittler die Congress Partner GmbH, Bremen.
- Verantwortlich für das wissenschaftliche Programm sind Prof. Dr. C. Löst, Prof. Dr. P. R. Wesselink, Dr. R. Winkler.
- Die Teilnahmegebühren werden von Congress Partner treuhänderisch vereinnahmt und nach Beendigung der Tagung an den Veranstalter abgeführt.

Mündliche Absprachen sind unverbindlich, sofern sie nicht schriftlich bestätigt wurden.

Reisedokumente gehen Ihnen nach kompletter Zahlung zu. Für verlorene Dokumente erfolgt weder Ersatz noch Erstattung

Gerichtsstand ist ausschließlich Bremen.

Congress Partner
Reise- und Veranstaltungs GmbH
Herrn Onnen

Emmastraße 220

D-28213 Bremen

1. Internationales

ENDODONTIE-SYMPOSIUM

22. bis 24. Oktober 1993 – Hyatt-Hotel – Köln