

Verbindliche Anmeldung

31. Seminarkongress Norddeutscher Hausärzte

17. – 19. April 2015

Fax 0511-3180772

Deutscher Hausärzteverband
Landesverband Niedersachsen
Berliner Allee 20
30175 Hannover

Absender (Stempel):

Name _____

Vorname _____

Straße _____

PLZ /Ort _____

Tel./Fax _____

Ich bin Mitglied im Deutschen Hausärzteverband

Ich möchte Mitglied werden

Bitte geben Sie bei Anmeldung mehrerer Personen die Namen an und ordnen Sie die Seminare zu (ggf. bitte Anmeldung kopieren). Sie erleichtern uns das Ausstellen der Teilnahmebescheinigungen. Vielen Dank!

Eröffnungsabend am Freitag ___ Pers./kostenfrei

Geselliger Abend am Samstag ___ Pers./___ €

Samstag, 18. April 2015, 9.00 – 12.30 Uhr

Kurs	Pers./€
2. Abrechnung GOÄ	___/___
4. Autogenes Training <i>fortlaufend</i>	___/___
6. COPD (MFA)	___/___
7. Depression und Burnout	___/___
8. Diabetes mellitus	___/___
10. Endokrinologie	___/___
11. Fehlermanagement	___/___
12. Freude mit Formularen	___/___
15. Hautkrebs-Screening, <i>fortlaufend</i>	___/___
17. Impfmanagement	___/___
18. KHK – DMP	___/___
21. Männerkrankheiten	___/___
22. Neurologie	___/___
23. Notfallmanagement	___/___
26. Pädiatrische Sprechstd. Teil I	___/___
32. Rheumatische Erkrankungen	___/___
33. Reha-Antragsseminar <i>fortlaufend</i>	___/___
35. Schmerztherapie	___/___
39. Zaubern mit Steroiden	___/___

Samstag, 18. April 2015, 15.00 – 18.30 Uhr

Kurs	Pers./€
3. Arzneitherapie	___/___
4. Autogenes Training <i>fortlaufend</i>	___/___
9. Diabetes mellitus	___/___
13. Freude mit Attesten, Gutachten, Versicherungsanfragen	___/___
15. Hautkrebs-Screening, <i>fortlaufend</i>	___/___
16. Herzrhythmusstörungen	___/___
19. Neues und Bewährtes aus dem Labor	___/___
20. Lebererkrankungen	___/___
23. Notfallmanagement	___/___
24. Orthopädieupdate	___/___
25. Ozontherapie	___/___
27. Pädiatrische Sprechstd. Teil II	___/___
28. Palliativmedizin	___/___
30. Reise- und Tropenmedizin	___/___
31. Die Rezeption	___/___
33. Reha-Antragsseminar <i>fortlaufend</i>	___/___
34. Schmerz lass nach!	___/___
36. Kreativ Stress ab-lösen	___/___
38. Update Wundversorgung	___/___

Sonntag, 19. April 2015, 9.30 – 13.00 Uhr

Kurs	Pers./€
1. Abrechnungsseminar	___/___
4. Autogenes Training <i>fortlaufend</i>	___/___
5. COPD	___/___
14. Geriatrisches Basisassessment	___/___
29. Qualitätsmanagement	___/___
37. Tapen	___/___

**VERAH®-Seminare, Veranstaltungsort:
Städt. Klinikum Lüneburg, Bögelstraße 1,
21339 Lüneburg**

Kurs	Pers./€
Demenz	___/___
Schmerzmanagement in der Hausarztpraxis	___/___
Workshop – Ulcus Cruris/Dekubitus	___/___
Palliative Care – Häusliche Sterbebegleitung	___/___

Bitte beachten Sie den Veranstaltungsort sowie die abweichenden Termine für diese Seminare!

Gesundheitstag für Patienten ___/kostenfrei
10.00 – 13.00 Uhr

Politikforum ___/kostenfrei
13.30 – 14.45 Uhr

Kinderbetreuung: _____

€ _____ wurden auf das Konto der Kommunikations- und Kooperationsfonds GmbH, Deutsche Apotheker- und Ärztebank, IBAN DE71 30060601 0007 3317 89, BIC DAAEDEDXXX überwiesen. (Gebühren siehe Allgemeine Hinweise, Seite 6 des Programmheftes)

Datum _____ Unterschrift/Stempel _____