Anmeldung zum Kurs

Ansprechpartnerin:

Frau Anka von Loeben
(Akademie für Ärztliche Fortbildung in Rheinland-Pfalz)

Telefon: 06131 / 28 43 8 16
Fax: 06131 / 28 43 8 10

mail: vonloeben@arztkolleg.de

Die Anmeldung ist auch über unsere Internetseite:

http://www.akademie-aerztliche-fortbildung.de

möglich.

Termine

Block I
18. bis 19. November 2016

Block II
10. bis 11. März 2017

Ort

Akademie für Ärztliche Fortbildung
in Rheinland-Pfalz
Deutschhausplatz 3
55116 Mainz

Akademie für Ärztliche Fortbildung
in Rheinland-Pfalz
in Zusammenarbeit mit der interdisziplinären
Gesellschaft für Palliativmedizin
Rheinland-Pfalz e.V. (iGP)

Curriculum Palliativmedizin Basiskurs

Teil I und II in Mainz

18. bis 19. November 2016
und
10. bis 11. März 2017

Kursleitung:

Dr. Ulrike Reinholz
Oberärztin der Interdisziplinären Einrichtung
für Palliativmedizin
Universitätsmedizin Mainz

Dr. Rainer Schwab
Oberarzt der Klinik für Anästehsiologie
Universitätsmedizin Mainz

(zertifiziert mit 32 Punkten)

Curriculum Palliativmedizin - Basiskurs -

Die Palliativmedizin will bei nicht heilbaren, progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankungen mit begrenzter Lebenserwartung das Leid der Patienten und deren Angehörigen lindern helfen.

Die Akademie für Ärztliche Fortbildung bietet in Zusammenarbeit mit der interdisziplinären Gesellschaft für Palliativmedizin Rheinland-Pfalz e.V. (iGP) den Basiskurs zum Curriculum Palliativmedizin an.

Das entsprechende Curriculum wurde mit der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) abgestimmt.

Kursgebühren

Block I: 275,-- €
Block II: 275,-- €

(inkl. Imbiss und Pausengetränke)

Bankverbindung

Deutsche Apotheker- und Ärztebank Mainz
BLZ 300 606 01 – Konto-Nr. 1727 451
IBAN: DE 10 3006 0601 0001 7274 51
BIC (Swift Code) DAAEDEDD

Teilnehmerzahl

Bis zu 25 Teilnehmer

Verbindliche Anmeldung - *bitte deutlich schreiben* -

nur für Veranstaltungen der Akademie

Genaue Kursbezeichnung **Curriculum Palliativmedizin Basiskurs in Mainz 2016/17**

per Fax an:

06131/28438-10

oder im Kuvert:

An die
Akademie für Ärztliche Fortbildung in Rheinland-Pfalz
Deutschhausplatz 3

55116 Mainz

Barcode oder EFN _____

Name, Vorname _____

Straße, PLZ, Ort _____

E-Mail _____

Telefon _____ Geburtsdatum _____

Arbeitsgebiet /Facharzt für _____

_____
Ort, Datum, Unterschrift