



|

## **Arbeitsgemeinschaft der Schmerzkonferenzen in Rheinland-Pfalz**

San.-Rat Dr. O. Emrich

Dr. A. Ensgraber

DGS Schmerzzentrum Ludwigshafen

DGS Schmerzzentrum Trier

Programm der Schmerznetzkonferenz am 03.05.2021

1800 Dr. Ensgraber Eröffnung, organisatorische Hinweise , Vorstellung des Zertifizierungsverlaufes

1815 Patientenvorstellung Dr. Jakob Emrich, San.Rat. Dr. Oliver Emrich, Dr. Armin Ensgraber

2000 CME -Fortbildungsteil Dr .Christine Weis Ludwigshafen -Schmerzgeplagt und „alt“, Fragen und Antworten der Geriatrie

21 00 Nachbesprechung mit Patienten /Moderatoren , vorstellenden Ärzten und weiteren Kollegen, die zum Krankheitsbild beitragen können.

Moderatoren:

Dr. Armin Ensgraber Facharzt für Anästhesie, Spezielle Schmerztherapie , Notfallmedizin

San. Rat. Dr. Oliver Emrich Facharzt für Anästhesie, Allgemeinmedizin, Spezielle Schmerztherapie

Dr. Jakob Emrich Facharzt für Allgemeinmedizin , Spezielle Schmerztherapie



## Arbeitsgemeinschaft der Schmerzkonferenzen in Rheinland-Pfalz

San.-Rat Dr. O. Emrich  
DGS Schmerzzentrum Ludwigshafen

Dr. A. Ensgraber  
DGS Schmerzzentrum Trier

Wir freuen uns, dass Sie an unserer interdisziplinären **Online Video Schmerzkonferenz** teilnehmen wollen. Diese Schmerzkonferenz ist von der Landes Ärztekammer und der KV RLP anerkannt. Diese Angaben benötigen wir **bevor wir starten** können:

Bitte in Druckschrift ausfüllen

Name:

Adresse:

Beruf:

Tätigkeit:

**Bitte senden Sie uns**

- Ihre **E-Mail-Adresse**: und Tel. -Nummer
- Ihre **EFN Nummer** (Barcode) und eine **Strichcode**-Kopie:
- Einen **Nachweis** z.B. Ihrer Mitgliedschaft in der DGS und/oder Ihrer Approbation, Psychologen/medizinischer Heilberuf (z.B. Kopie Arztausweis, Rezept, Hinweis auf Website Ihrer Praxis), dies dient dem Schutz der Daten der teilnehmenden Patienten.
- Ich bin mit der Speicherung meiner Daten zum Zwecke der Einladung und Erstellung von Teilnahmebescheinigungen, Erstellung von Teilnehmerlisten und deren Weitergabe zum Zwecke des Fortbildungsnachweises an die Ärztekammer einverstanden.

Erklärung: Mit meiner Teilnahme unterliege ich der **ärztlichen Schweigepflicht**. Personenbezogene **Daten werden nicht weitergegeben**. Für die Richtigkeit der Angaben:

Zum Nachweis der Teilnahme wird während der Konferenz die FoBi App der Ärztekammer benötigt.  
Unterschrift/Datum

---

Anmeldung bitte per Fax Nr.: **032121481969**

oder per Mail an: **[schmerznetzkonferenz@gmail.com](mailto:schmerznetzkonferenz@gmail.com)**

