

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

1.-3. Juli 2016

Block II

2.-4. September 2016

Es ist keine Hospitation erforderlich.

Ort

Palliativ Akademie Katharina Kasper
Aloysia Löwenfels-Haus
Marienweg 1
56428 Dernbach



**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 Dernbach

1. bis 3. Juli 2016

und

2. bis 4. September 2016

(zertifiziert mit 40 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: 325,-- €

Block II: 325,-- €

(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) DAAEDED

Teilnehmerzahl

Bis zu 25 Teilnehmer

Verbindliche Anmeldung - bitte deutlich schreiben -
nur für Veranstaltungen der Akademie

per Fax an:

06131/28438-10

oder im Kuvert:

**An die
Akademie für Ärztliche
Fortbildung in Rheinland-Pfalz
Deutschausplatz 3**

55116 Mainz

Genaue Kursbezeichnung **Curriculum Palliativmedizin
Basiskurs in Dernbach 2016**

Barcode oder EFN _____

Name, Vorname _____

Straße, PLZ, Ort _____

E-Mail _____

Telefon _____ Geburtsdatum _____

Arbeitsgebiet / Facharzt für _____

Ort, Datum, Unterschrift _____