

Anmeldung

Ansprechpartnerin:

Frau Ellen Bauer

Telefon: 06131 / 28 43 8 11

Fax: 06131 / 28 43 8 10

mail: seltmann@arztkolleg.de

Die Anmeldung ist auch über unsere Internetseite:

<http://www.arztkolleg.de>

möglich.

Bitte beachten Sie unsere Teilnahmebedingungen.

Termin

Mittwoch, 13. Juli 2016

von 16.00 Uhr bis ca. 18.30 Uhr

Ort

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

Ihre Verkehrsanbindung

Buslinien: 6, 6A, 62, 63, 64, 65
Haltestelle: Bauhofstrasse / LRP



**Akademie für Ärztliche Fortbildung
in Rheinland-Pfalz**

Todesermittlungen – Zwischen Herzinfarkt und Mord

***Kursleiter:
Herr Prof. Dr. med. Thomas Riepert,
Institut für Rechtsmedizin
der JOGU Mainz
u.a.***

**am
13. Juli 2016**

(mit 3 Punkten anerkannt)

Todesermittlungen - Zwischen Herzinfarkt und Mord

Jeder Arzt ist verpflichtet, die Leichenschau unverzüglich vorzunehmen sowie die Todesbescheinigung auszustellen und auszuhändigen. Darüber hinaus können aus der Leichenschau strafrechtliche, zivilrechtliche, versicherungsmedizinische und epidemiologische Aspekte erwachsen. Die tägliche Praxis zeigt, dass bei der Ausübung dieser verantwortungsvollen und vielgestaltigen Verpflichtung oft Fragen auftreten, die einer Klärung bedürfen. Die Veranstaltung hat zum Ziel, vom Experten zu Grund-

lagen der Schau und der Meldepflicht informiert zu werden. Weiter auch über die praktische Durchführung der Leichenschau, insbesondere zur Feststellung der Todesursache und der Todesart.

Kursgebühren

Die Teilnahme ist kostenlos

Teilnehmerzahl

Bis zu 40 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
Deutschhausplatz 3**

55116 Mainz

Genaue Kursbezeichnung
Todesermittlungen -Zwischen Herzinfarkt und Mord am 13. Juli 2016

Barcode oder EFN _____

Name, Vorname _____

Straße, PLZ, Ort _____

E-Mail _____

Telefon _____ Geburtsdatum _____

Arbeitsgebiet /Facharzt für _____

Ort, Datum, Unterschrift _____