

# EINLADUNG ZUR FORTBILDUNG

**5 CME  
Punkte**

**DMP All-in-One**  
Asthma/COPD | KHK | Diabetes

**Mi., 24. April 2024 | 15:00 – 21:15 Uhr**

Clinic Bel Etage – Pradus Medical Center | Reichsstr. 59 | 40217 Düsseldorf

## DMP KHK

DMP KHK- Herzinsuffizienz und Diabetes-Einsatz neuer Medikamente und Erwartungen

**Referent Prof. Dr. Raimund Erbel, Kardiologe, Mülheim a.d.R.**

**Checkliste Praxisabgabe-** Nachfolger für die eigene Praxis finden!

**Faktencheck - Gründung oder Einstieg in die eigene Praxis?**

**Förderung durch die KV für Klinikärzte zwecks Niederlassung**

**Referent Gabriel Middendorf, Vertriebsdirektor apoFinanz,**

**Referent Gerrit Tigges, Fachanwalt für Medizinrecht, Kanzlei Möller&Partner**

## DMP Diabetes

Praktische Insulintherapie und Diabetische Nephropathie

**Referent Dr. Richard Wagner, Diabetologe, Krefeld**

## DMP Asthma/COPD

RSV Infektion & die klinische Bedeutung viraler Atemwegsinfektionen

**Referent Dr. Björn Friedrich, Pneumologe, Duisburg**

Mit freundlicher Unterstützung durch:



3.500 €



3.000 €



1000 €

Sponsoring Form von Standmiete, für Kosten Organisation, Raummiete, Honorare

6 CME Punkte sind beantragt, bitte den Barcode mitbringen, wenn die Weiterleitung an die ÄKNO erwünscht ist!

Bitte beachten Sie auch die Fortbildungshinweise auf [www.nrnw.de](http://www.nrnw.de)

**Fortbildungsgebühr: Anmeldung per Fax oder online über [www.nrnw.de](http://www.nrnw.de) inklusive Catering und Getränke 49,00 € netto.**

Ihr NRW - Ärztenetzwerk

**Bitte in Druckbuchstaben und vollständig ausfüllen!**

**Fax-Rückantwort bitte senden an: 02150 7052-21 oder Mail an [aerztenetzwerk@nrnw.de](mailto:aerztenetzwerk@nrnw.de)**

Meine Anmeldung ist verbindlich, personengebunden und nicht übertragbar.

Mit der Anmeldung erkläre ich mich mit den AGBs, nachzulesen auf der Webseite [www.nrnw.de](http://www.nrnw.de) einverstanden.

Die Rechnung zur Fortbildung erhalte ich **nach** der Veranstaltung **per Post**.

Bitte informieren Sie mich weiterhin über Ihre Fortbildungen und Angebote  per Fax und  per Mail

Bitte entfernen Sie folgende Faxnummer aus Ihrem Verteiler: \_\_\_\_\_

Ich melde mich verbindlich an

Akad. Grad: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Datum/Ort: \_\_\_\_\_

Mobil-Nr: \_\_\_\_\_

Praxisanschrift: \_\_\_\_\_

Unterschrift/

Praxisstempel: \_\_\_\_\_