

## EINLADUNG CME-FORTBILDUNG

### DMP All-in-One

Asthma/COPD | KHK | Diabetes | Update Betriebswirtschaft  
Mi., 05. Juni 2024 | 15:00 – 21:15 Uhr  
Dorint Kongresshotel | Selikumer Str. 25 | 41460 Neuss

**6 CME  
Punkte**

### DMP KHK

KHK Rhythmusstörungen, plötzlicher Herztod  
Referent Dr. Klaus Dominick, Kardiologe, Mönchengladbach

### Update Betriebswirtschaft

Planung Ruhestand: Inflation, Steuern, Lebenserwartung- Tipps,  
Informationen und einige Besonderheiten, die beachtet werden sollten für den wohlverdienten Ruhestand  
Referent Gabriel Middendorf, Vertriebsdirektor apoFinanz,  
Referent Jens Hellmann, Dipl. Finanzwirt und Steuerberater, Kanzlei trilling&hellmann

**Pause: netzwerken - Insideraustausch**

### DMP Diabetes

Diagnose, Typ I und Typ II, Therapie und Folgeerkrankungen  
Referent Dr. Ali Yüce, Diabetologe, Krefeld

### Update Asthma/COPD – Update Covid-19

Bronchitis, Pneumonie, Bronchiektasen, Tuberkulose - Diagnostik und Therapieoptionen  
Referent Dr. Johannes Uerscheln, Pneumologe, Neuss

Mit freundlicher Unterstützung durch:



2500 €

Netzwerkpartner

1000

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

CME Punkte sind genehmigt, 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 NRNW - Ärztenetzwerk

**Fax-Rückantwort bitte senden an: + 49 2150 7052-21**

**Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen**

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: \_\_\_\_\_

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

Mail: \_\_\_\_\_

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

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

Unterschrift/Praxisstempel: \_\_\_\_\_