

## EINLADUNG

### CME Fortbildung DMP All-in-One

Asthma/COPD | KHK | Diabetes | Neurologie | Urologie

Fr., 06. September 2024 | 15:00 – 20.40 Uhr

Chez la Belle im Pradus Medical Center | Elisabethstr. 39 | 40217 Düsseldorf

**6 CME Punkte**  
**ÄkNo | ZÄK No**

#### DMP KHK

Therapieoptionen des Bluthochdrucks bei kardiometabolischen Risikopatienten  
*PD Dr. med. Elke Parsi, Fachärztin für Innere Medizin / Kardiologie*

#### Update Neurologie

Parkinson, Demenz, Migräne -Medikamente und Therapieoptionen  
*Dr. Verena Leussink, Fachärztin für Neurologie Meerbusch*

#### DMP Asthma/COPD

Asthma, COPD, Interstitielle Lungenerkrankungen - Medikamente und Therapieoptionen  
*Dr. Johannes Uerschel, Pneumologe, Neuss*

#### Update Urologie

Das Ende der offenen Chirurgie?  
– Wie die roboterassistierte Chirurgie das operative Vorgehen in der Urologie revolutioniert hat  
*Dr. Jörn Witt, Facharzt für Urologie, Düsseldorf*

#### DMP Diabetes

Moderne Therapie der diabetischen Neuropathie  
Update Diabetische Nephropathie  
*Dr. Urs Schaden, Diabetologe, Düsseldorf*

Mit freundlicher Unterstützung durch:



Netzwerkpartner



1000 €



**HENNIG ARZNEIMITTEL**  
Seit 1898 im Dienste der Gesundheit

3000 €



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.**  
**Studierende mit Nachweis Studierendenausweis kostenlos – Anmeldung nur per Fax oder E-Mail.**

Ihr NRNW - Ärztenetzwerk

**Bitte in Druckbuchstaben und vollständig ausfüllen!**

**Fax-Rückantwort bitte senden an: 02150 7052-21 oder Mail an [aerzetenetzwerk@nrnw.de](mailto:aerzetenetzwerk@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: \_\_\_\_\_  studierend (Studierendenausweis beigelegt)

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

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

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

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

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

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