

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 €



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

Fortbildungsgebühr: Anmeldung per Fax oder online über 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

Meine Anmeldung ist verbindlich, personengebunden und nicht übertragbar.

Mit der Anmeldung erkläre ich mich mit den AGBs, nachzulesen auf der Webseite 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: _____