

Einladung zur CME – Fortbildung Kommunikation Modul I – für Einsteiger | Modul II – für Fortgeschrittene

Sa., 29. März 2025 | Dorint Kongresshotel | Selikumer Str. 25 | 41460 Neuss
im Rahmen des NRNW Medizin Update Kongress 2025

für niedergelassene Ärzte:innen, angestellte Ärzte:innen, Klinikärzte:innen, Zahnärzte:innen, Psychologen:innen,
med. Fachpersonal und Pflegekräfte, Studierende der Medizin (kostenlose Teilnahme)

Modul I für Einsteiger von 08:30 bis 14:30 Uhr

Teamkommunikation

Was sind unsere Stärken und Schwächen?
Wie leite ich mein Team?
Übungen für Teamkommunikation

Patientenkommunikation- was ist meine Zielgruppe?

Konfliktgespräche besser in den Griff bekommen
Wie stärke ich mein Team?

Praktische Übungen zur Umsetzung
Reflexion

Sebastian Hein, Hein Mediation



Modul II für Fortgeschrittene von 14:40 bis 20:00 Uhr:

Fachkräftemangel- wie erreiche ich neue Fachkräfte?

Neue Generation- wer unterstützt mich im Umgang mit neuen Auszubildenden oder Fachkräften

Wie gestalte ich meine Stellenausschreibungen ansprechend?

Fachlicher Austausch und praktische Übungen zum Thema - Vorstellungsgespräche

Sebastian Hein, Hein Mediation

Fortbildungsgebühr: Modul I: 98,00 € | Modul II: 98,00 € | Modul I + II: 169,00 € jeweils inkl. Catering und Getränke Beschränkte Teilnehmerzahl - bitte melden Sie sich zeitnah an! Auch Nicht-Mitglieder sind herzlich willkommen!

Wir freuen uns auf einen schönen gemeinsamen Netzwerk-Tag! Ihr NRNW-Ärztetenzenwerk

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 einverstanden.

Die Rechnung erhalte ich ca. 14 Tage vor Fortbildung per Mail.

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

Bitte entfernen Sie folgende Faxnum mer aus Ihrem Verteiler: _____

Modul I für 98 €

Modul II für 98 €

Modul I + II für 169 €

Vorname: _____

Nachname: _____

Mail: _____

Mobil-Nr.: _____

Datum/Ort: _____

Praxisanschrift: _____

Unterschrift/Praxisstempel: _____