

Kölner Institut für Reisemedizin

Goltsteinstraße 185 - 50968 Köln

Tel 0221/9345093 - Fax 0221/371555 - email dr.krappitz@ifrm-koeln.de - www.ifrm-koeln.de

Einladung

Refresher Reisemedizinische Gesundheitsberatung

Im Bereich der Ärztekammer Nordrhein ist die Reisemedizinische Gesundheitsberatung als ankündigungsfähige Qualifikation anerkannt. Der Umfang der weiteren Fortbildung ist zwar nicht festgelegt, eine jährliche Auffrischung dürfte aber angemessen sein. Sie dient der Behandlungssicherheit, auch gegenüber den vielen Fragen unserer Reisenden, die häufig Teilwissen aus aktuellen Medien mitbringen. Insbesondere die **Kostenübernahme von Reiseimpfungen durch einige Krankenkassen** führt dazu, dass viele Kollegen mit Leistungen beauftragt werden, die bisher nicht regelmäßig durchgeführt wurden. Unsere Refresher Seminare nehmen auch hierzu Stellung, sie finden in Nordrhein statt

1. in Köln am 28. Juni 2014,

09.00-16.45 Uhr,

Barbara-von-Sell-Berufskolleg, Niehler Kirchweg 118, 50733 Köln

oder

2. in Düsseldorf am 22. November 2014,

09.00-16.45 Uhr,

Heinrich-Heine-Univ., Universitätsstr. 1, 40225 Düsseldorf,

Themen Aktualisierungen zum Curriculum der Bundesärztekammer, im Vordergrund stehen die seit dem letzten Basisseminar (Mai 12) erfassten Änderungen zu unserem Handbuch Reisemedizinische Gesundheitsberatung

Referenten: Dr. Gross, Münster; Prof Pfister, Jena; Prof. Presber, Berlin; Prof. Küpper, Düsseldorf; Dr. Krappitz, Köln; NN

Fortbildungszertifikat: wird angemeldet, bisher 9 Punkte (inkl. Erfolgskontrolle)

Teilnehmerbeitrag: € 155,- inkl. MwSt. (in der Gebühr enthalten: Handout, Zertifikat)

Anmeldung bis 15.03.2014 € 125,-; bis 01.04. €140,-

Teilnehmerzahl: 20 - 40

Teilnahmezusagen: gehen in der Reihenfolge der Anmeldungen zu

Weitere Veranstaltungen siehe unter www.ifrm-koeln.de

Anmeldung (bitte Fax an 0221 – 371 555) für,

1. Refresher Seminar in Köln am 28. Juni 2014

(bitte nur ein Seminar ankreuzen)

2. Refresher Seminar in Düsseldorf 22. Nov. 2014

Name, Vorname _____

Anrede Herr Frau Titel Prof. PD Dr. Dr. med. Dipl. Med. Dr. _____

Straße, Hausnr. _____

PLZ, Ort _____

Telefon/Fax _____

email _____

AGBs: Stornierung der Anmeldung durch den Teilnehmer bis 4 Wochen vor Veranstaltungsbeginn (Rückerstattung der Teilnehmergebühr abzgl. 25%). Der Veranstalter behält sich vor, die Veranstaltung bei Nichterreichen der Mindestteilnehmerzahl bis spätestens 4 Wochen vor Veranstaltungsbeginn abzusagen (Rückerstattung der Teilnehmergebühr).

....., den

Unterschrift