



An die Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern  
Referat Aus- & Weiterbildung Medizinischer Fachangestellter

per Fax: 0381/49 280 7900 oder per E-Mail: medfa@æk-mv.de

## ANMELDUNG zum Tag für Medizinisches Fachpersonal

---

Name, Vorname:			
Geburtsdatum:		Geburtsort:	
Straße, PLZ, Wohnort:			
Telefon:	dienstlich:	privat:	
E-Mail:	dienstlich:	privat:	
Arztpraxis:			

Ich möchte an folgendem Workshop teilnehmen:  
(Pro Person **ist/sind** nur ein Vormittagskurs **und/oder** ein Nachmittagskurs buchbar z.B. NäPa-Auffrischung am Vormittag und Impfen am Nachmittag)

- | Vormittag  | Nachmittag   |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> <del>Kurs 1: Wundversorgung</del> (ausgebucht)      | <input type="checkbox"/> Kurs 7: Impfen              |
| <input type="checkbox"/> <del>Kurs 2: Qualitätsmanagement</del> (ausgebucht) | <input type="checkbox"/> Kurs 8: Palliativmedizin    |
| <input type="checkbox"/> Kurs 3: NäPa-Auffrischung                           | <input type="checkbox"/> Kurs 9: Funktionsdiagnostik |
| <input type="checkbox"/> Kurs 4: EKG   | <input type="checkbox"/> Kurs 10: Konfliktmanagement |
| <input type="checkbox"/> Kurs 5: Suchtmedizin                                | <input type="checkbox"/> Kurs 11: Praxismanagement   |
| <input type="checkbox"/> <del>Kurs 6: Notfallmedizin</del> (ausgebucht)      | <input type="checkbox"/> Kurs 12: EBM                |

Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_