



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"/> Kurs 1: Wundversorgung (ausgebucht) | <input type="checkbox"/> Kurs 7: Impfen |
| <input type="checkbox"/> Kurs 2: Qualitätsmanagement | <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"/> Kurs 6: Notfallmedizin (ausgebucht) | <input type="checkbox"/> Kurs 12: EBM |

Datum, Unterschrift: _____