

# Anmeldebogen

## Tag der Allgemeinmedizin am 11.09.2024

<b>Fax:</b>	0341 97 28126
<b>Mail:</b>	tda@medizin.uni-leipzig.de

Institut für Allgemeinmedizin  
z. Hd. Frau Winkler  
Ph.-Rosenthal-Str. 55  
04103 Leipzig

### 1. ALLGEMEINE ANGABEN

Praxisadresse (Rechnungsadresse)	
Kontaktadresse E-Mail (für weitere Informationen TdA)	
Anzahl Anmeldungen FÄ/FA (max. 2 pro Praxis)	
Anzahl Anmeldungen MFA (max. 2 pro Praxis)	

### 2. FÜR FÄ/FA OPTIONALE ANMELDUNG FÜR DAS KOMPETENZZENTRUM WEITERBILDUNG ALLGEMEINMEDIZIN

Ich interessiere mich für Informationen/Fortbildungen im Bereich Weiterbildung Allgemeinmedizin. Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die von mir angegebenen Daten gemäß der Datenschutzerklärung des KWASa weiterverarbeitet werden.

- Ja  
 Nein

### 3. VERBINDLICHE ANMELDUNG

**HIERMIT MÖCHTE/N WIR/UNS VERBINDLICH FÜR DEN TAG DER ALLGEMEINMEDIZIN AM 11.09.2024 ANMELDEN.**

Die Tagungspauschale (50€ pro FA/FÄ sowie 30 € pro MFA) ist im Vorfeld zu entrichten. Eine Rechnung erhalten Sie vorzugsweise per E-Mail. Eine Stornierung ist bis 14 Tage vor der Veranstaltung kostenfrei, danach wird eine Bearbeitungsgebühr i. H. von 50 Prozent erhoben.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Praxisleitung) / Praxisstempel

#### 4. AUSWAHL WORKSHOPS

Bitte wählen Sie aus den Themen der einzelnen Sessions jeweils einen Erst- **und** Zweitwunsch aus. Wir bemühen uns, Ihre Wünsche zu erfüllen.

Funktion	FÄ/FA	
Anrede, Titel		
Name, Vorname		
EFN (Barcode)		
Workshop	<b>Erstwunsch</b>	<b>Zweitwunsch</b>
<b>Session 1 14.15 - 15.45 Uhr</b>	<input type="checkbox"/> Palliativmedizin <input type="checkbox"/> Auf dem Weg zur Niederlassung I <input type="checkbox"/> Versorgung Diabetiker <input type="checkbox"/> Schnittstellen zahn- und hausärztlicher Medizin	<input type="checkbox"/> Palliativmedizin <input type="checkbox"/> Auf dem Weg zur Niederlassung I <input type="checkbox"/> Versorgung Diabetiker <input type="checkbox"/> Schnittstellen zahn- und hausärztlicher Medizin
<b>Session 2 16.30 - 18.00 Uhr</b>	<input type="checkbox"/> Emerging Infections <input type="checkbox"/> Auf dem Weg zur Niederlassung II <input type="checkbox"/> Stressmanagement in der Praxis <input type="checkbox"/> Patient:innen ohne Behandlungsschein	<input type="checkbox"/> Emerging Infections <input type="checkbox"/> Auf dem Weg zur Niederlassung II <input type="checkbox"/> Stressmanagement in der Praxis <input type="checkbox"/> Patient:innen ohne Behandlungsschein

Funktion	FÄ/FA	
Anrede, Titel		
Name, Vorname		
EFN (Barcode)		
Workshop	<b>Erstwunsch</b>	<b>Zweitwunsch</b>
<b>Session 1 14.15 - 15.45 Uhr</b>	<input type="checkbox"/> Palliativmedizin <input type="checkbox"/> Auf dem Weg zur Niederlassung I <input type="checkbox"/> Versorgung Diabetiker <input type="checkbox"/> Schnittstellen zahn- und hausärztlicher Medizin	<input type="checkbox"/> Palliativmedizin <input type="checkbox"/> Auf dem Weg zur Niederlassung I <input type="checkbox"/> Versorgung Diabetiker <input type="checkbox"/> Schnittstellen zahn- und hausärztlicher Medizin
<b>Session 2 16.30 - 18.00 Uhr</b>	<input type="checkbox"/> Emerging Infections <input type="checkbox"/> Auf dem Weg zur Niederlassung II <input type="checkbox"/> Stressmanagement in der Praxis <input type="checkbox"/> Patient:innen ohne Behandlungsschein	<input type="checkbox"/> Emerging Infections <input type="checkbox"/> Auf dem Weg zur Niederlassung II <input type="checkbox"/> Stressmanagement in der Praxis <input type="checkbox"/> Patient:innen ohne Behandlungsschein

Funktion	<b>MFA</b>	
Anrede, Titel		
Name, Vorname		
Workshop	<b>Erstwunsch</b>	<b>Zweitwunsch</b>
<b>Session 1 14.15 - 15.45 Uhr</b>	<input type="checkbox"/> Palliativmedizin <input type="checkbox"/> Auf dem Weg zur Niederlassung I <input type="checkbox"/> Versorgung Diabetiker <input type="checkbox"/> Schnittstellen zahn- und hausärztlicher Medizin	<input type="checkbox"/> Palliativmedizin <input type="checkbox"/> Auf dem Weg zur Niederlassung I <input type="checkbox"/> Versorgung Diabetiker <input type="checkbox"/> Schnittstellen zahn- und hausärztlicher Medizin
<b>Session 2 16.30 - 18.00 Uhr</b>	<input type="checkbox"/> Emerging Infections <input type="checkbox"/> Auf dem Weg zur Niederlassung II <input type="checkbox"/> Stressmanagement in der Praxis <input type="checkbox"/> Patient:innen ohne Behandlungsschein	<input type="checkbox"/> Emerging Infections <input type="checkbox"/> Auf dem Weg zur Niederlassung II <input type="checkbox"/> Stressmanagement in der Praxis <input type="checkbox"/> Patient:innen ohne Behandlungsschein

Funktion	<b>MFA</b>	
Anrede, Titel		
Name, Vorname		
Workshop	<b>Erstwunsch</b>	<b>Zweitwunsch</b>
<b>Session 1 14.15 - 15.45 Uhr</b>	<input type="checkbox"/> Palliativmedizin <input type="checkbox"/> Auf dem Weg zur Niederlassung I <input type="checkbox"/> Versorgung Diabetiker <input type="checkbox"/> Schnittstellen zahn- und hausärztlicher Medizin	<input type="checkbox"/> Palliativmedizin <input type="checkbox"/> Auf dem Weg zur Niederlassung I <input type="checkbox"/> Versorgung Diabetiker <input type="checkbox"/> Schnittstellen zahn- und hausärztlicher Medizin
<b>Session 2 16.30 - 18.00 Uhr</b>	<input type="checkbox"/> Emerging Infections <input type="checkbox"/> Auf dem Weg zur Niederlassung II <input type="checkbox"/> Stressmanagement in der Praxis <input type="checkbox"/> Patient:innen ohne Behandlungsschein	<input type="checkbox"/> Emerging Infections <input type="checkbox"/> Auf dem Weg zur Niederlassung II <input type="checkbox"/> Stressmanagement in der Praxis <input type="checkbox"/> Patient:innen ohne Behandlungsschein

ANMERKUNGEN:

---



---



---



---