

# Hausärzterverband Nordrhein e.V.



Von-der-Wettern-Straße 27  
51149 Köln  
Tel. 02203 / 5756-2900/2901  
Fax 02203 / 5756-6000  
Email: lv-no@hausaezterverband.de

## Zertifizierte Regelfortbildung

### Thema: DMP-Diabetes mellitus Typ II, DMP-KHK

**Termin: Freitag, 15. Dezember 2006, 14.00 – 20.00 Uhr**

**Ort: Geschäftsstelle des Hausärzterverbandes Nordrhein  
Von-der-Wettern-Straße 27 (IWZ), 51149 Köln (Porz-Gremberghoven)**

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wir möchten Sie zu der o. g. Fortbildungsveranstaltung am Freitag, dem 15.12.2006 recht herzlich einladen. Diese Fortbildung ist an diejenigen gerichtet, die für das Jahr 2006 noch eine DMP-Regelfortbildung nachweisen müssen.

Die Veranstaltung ist von der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein anerkannt im Rahmen der einmal im Jahr erforderlichen Regelfortbildung für Ärzte und Praxismitarbeiter im Disease-Management-Programm Diabetes und/oder DMP-KHK für Ärzte.

Als Nachweis der Fortbildungspflicht im Rahmen des DMP-Diabetes Typ II und DMP-KHK genügt die Teilnahme an **einem** Qualitätszirkel (4 Sitzungen pro Jahr), der sich auch mit diabetesspezifischen Themen befasst. Laut der KVNo benötigen Arzthelferinnen **keine** Regelfortbildung im DMP-KHK.

*Wir möchten Sie bitten, bei der Einreichung Ihrer Teilnahmebescheinigung anzugeben, welches DMP Sie anerkannt haben möchten. Voraussetzungen für zur Anerkennung DMP-Diabetes – 2 Stunden; DMP-KHK – 4 Stunden.*

Inhalte: Übernahme von Spezialistenempfehlungen:  
„Hausärztliche Relativitätstheorie“

Moderation: Dr. Walter Dresch

Anmeldung: Mitglieder: 10 € pro Praxisteam Nichtmitglieder: 30 € pro Praxisteam  
Praxisteam (1 Arzt/1 Helferin)

Mit kollegialen Grüßen

Dr. med. Walter Dresch

---

**Rückantwort per Fax: 02203/5756-6000**

**Ich nehme an der Veranstaltung am 15.12.2006 mit \_\_\_\_\_ Personen teil.**

Namen der Teilnehmer: \_\_\_\_\_

Hiermit melde ich mich verbindlich für den o. g. Kurs an und ermächtige rechtsverbindlich mit meiner Unterschrift, die Wirtschaftsgesellschaft mbH, Köln, im Auftrag des Hausärzterverbandes Nordrhein, mit dem Einzug der für Mitglieder/Nichtmitglieder oben benannten Beträge. Hinweis: Mit der Überprüfung meiner Mitgliedschaft erkläre ich mich einverstanden. Falls das genannte Konto keine Deckung aufweist, obliegt es dem Kontoinhaber für ausgleichende Deckung Sorge zu tragen.

Evtl. Absagen müssen bis spätestens 8 Tage vor Beginn der Fortbildung erfolgen, sonst erfolgt keine Erstattung!

Kontonummer ..... BLZ ..... Bank .....

Ort/Datum

Praxisstempel/Unterschrift

Telefon (m. Vorwahl)

- Mitglied im Hausärzterverband Nordrhein (Teilnahmegebühr 10 € pro Praxisteam, jede weitere Helferin 5 €)
- Nichtmitglied im Hausärzterverband Nordrhein (Teilnahmegebühr 30 € pro Praxisteam, jede weitere Helferin 15 €)