

Programm



Diabetes-Akademie Bad Mergentheim e. V.

Gemeinnütziger Förderverein für Diabetes in Wissenschaft, Forschung, Fortbildung und Patienteninformation
Postfach 11 44, 97961 Bad Mergentheim

19. Diabetes-Seminar für Apotheker

Gemeinschaftsveranstaltung der Diabetes-Akademie Bad Mergentheim und der
Landesapothekerkammer Baden-Württemberg

Leitung: Prof. Dr. Thomas Haak, Chefarzt Diabetes Zentrum Mergentheim
Samstag, 06. März 2010

Hörsaal, Diabetes-Klinik

Schwerpunktthema: Typ 1-Diabetes mellitus

09:45 Uhr	Begrüßung	Prof. Dr.. Th. Haak Bad Mergentheim
10:00 Uhr	Genetik und Pathogenese	Prof. Dr. med. B. O. Böhm Ulm
10:40Uhr	Insulintherapie bei Typ 1-Diabetes mellitus Therapieziele Therapieregeln Basale Insuline, prandiale Insuline Insulinpumpentherapie	Prof. Dr. Th. Haak Bad Mergentheim
11:40 Uhr	Pause	
12:10 Uhr	Akutkomplikationen Hypoglykämien Ketoazidose <i>Diskussion</i>	Dr. B. Zweigle Bad Mergentheim
13:00 Uhr	Mittagspause	
14:00 Uhr	Hypoglykämie-Wahrnehmungsstörung	Dipl. Psych. Berthold Maier Bad Mergentheim
14.30 Uhr	Ernährung beim Typ 1 Diabetes	Dr. Astrid Tombek Bad Mergentheim
15:00 Uhr	Diabetes und Schwangerschaft	Dr. Eva Haak Bad Mergentheim
15:30 Uhr	Partnerschaft und Diabetes	Dipl. Psych. Sarah Weiss Bad Mergentheim
16:00 Uhr	Verabschiedung	

Tagungsgebühr 60 Euro einschließlich Mittagessen und Schulungsunterlagen.

Anmeldung



zum 19. Diabetes-Seminar für Apotheker

Diabetes Akademie

Bad Mergentheim e.V.
Postfach 11 44

97961 Bad Mergentheim

Telefon: 0 79 31 / 80 15

Fax: 0 79 31 / 77 50

Hiermit melde ich mich verbindlich zu der obengenannten Schulung an.

- Anmeldung für das Apotheker-Seminar (06.03.2010) mit _____ Personen**
- Ich bin Mitglied der Diabetes-Akademie**

- Bitte senden Sie mir das **komplette Jahresprogramm 2010** gegen einen Unkostenbeitrag von 1,50 Euro (in Briefmarken) zu.
- Ich interessiere mich für eine **Mitgliedschaft**, bitte senden Sie mir Informationsmaterial zu.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten gespeichert werden. Dieses Einverständnis kann jederzeit widerrufen werden. Meine Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

Name _____

Praxis / Klinik _____

Straße _____

PLZ / Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Stempel / Unterschrift