



## Curriculum Ernährungsmedizin

**80 Std.**

**(verteilt auf 4 Wochenenden à 20 Stunden)**

Inkl. 20 Std. Praktikum an 2 Tagen

**Leitung: Prof. Dr. Thomas Haak  
Dr. Astrid Tombek**

**Termine: 24. 09. – 26. 09. 2010  
08. 10. – 10. 10. 2010  
15. 10. – 17. 10. 2010  
12. 11. – 14. 11. 2010**

.11

**Schulungszentrum Diabetes-Klinik**

**Zertifizierung Landesärztekammer Baden-Württemberg**

**Kursgebühr Komplettbuchung €1.500 + 19 % Mwst**

**Erworbene  
Qualifikation**

- **Anerkennung als Zusatzbezeichnung nach dem Entscheid durch die zuständige Ärztekammer.**
- **Erwerb von Fortbildungspunkten im Rahmen des freiwilligen Fortbildungsmodells.**

**Anerkennung**

- **Bitte fragen Sie Ihre zuständige Landesärztekammer, welche Bezeichnung erworben werden kann und welche Voraussetzungen erfüllt werden müssen.  
Der Kurs wird strikt nach dem Curriculum und nach den Empfehlungen der Bundesärztekammer durchgeführt  
(zu beziehen über den Deutschen Ärzte-Verlag, Tel. 02234/7011-336).**

**Teilnahme-  
Voraussetzung**

- **Vollapprobierte Ärzte und Ärztinnen aller Fachrichtungen. Der Abschluss der Facharztausbildung ist keine Voraussetzung.**
- **Zertifiziert durch die Landesärztekammer mit 100 Punkten**

- **Interessenten können sich melden bei der Diabetes-Akademie Bad Mergentheim e.V., Theodor-Klotzbücher-Str. 12, 97980 Bad Mergentheim, Telefon 07931 8015, Telefax 07931 7750, E-Mail [diabetes.akademie@diabetes-zentrum.de](mailto:diabetes.akademie@diabetes-zentrum.de)**

# ANMELDUNG



zum  
"Curriculum Ernährungsmedizin"

## 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.

Ich melde mich verbindlich für das **C. Ernährungsmedizin** an, bitte schicken Sie mir nähere Informationen

- 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 \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Unterschrift