

Programm



Diabetes-Akademie Bad Mergentheim e. V.

Gemeinnütziger Förderverein für Diabetes in Wissenschaft, Forschung, Fortbildung und Patienteninformation
97980 Bad Mergentheim, Theodor-Klotzbücher-Str. 12, Telefon 07931 8015, Telefax 7750
E-Mail diabetes.akademie@diabetes-zentrum.de

Workshop

„Technik der einfachen Doppleruntersuchung durch Assistenzpersonal“

Mittwoch, 05. Mai 2010
14:30 – 18:00 Uhr

Schulungszentrum Diabetes Zentrum Mergentheim

Die Verschlussdruckmessung mit dem Dopplergerät bietet als einfache nicht invasive Maßnahme Zugang zum arteriellen Gefäßsystem. Ein erniedrigter Knöchel-Arm-Index ist mit einer erhöhten kardiovaskulären Mortalität verknüpft und geeignet Hochrisikopatienten zu identifizieren.

Der angebotene Kurs richtet sich an medizinisches Assistenzpersonal, um die Methode kennen zu lernen, vorhandene Kenntnisse zu vertiefen und auf die Fallstricke beim Patienten mit Diabetes mellitus hinzuweisen.

Bitte vorhandene Taschendopplergeräte mitbringen.

Teilnahmegebühr: €50,00, einschließlich Schulungsmaterial und Abendimbiss

Anerkannte Pflichtveranstaltung für DiabetesberaterInnen und DiabetesassistentInnen DDG und ArzthelferInnen. Zertifiziert durch den VDBD mit 6 Punkten. Maximal 20 Teilnehmer.

Anmeldung



Pflichtveranstaltung DDG Workshop "Doppleruntersuchung"

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 zum Workshop (05. 05. 2010) mit _____ Personen**
- Ich bin Mitglied der Diabetes-Akademie**
- Ich / wir arbeite/n als _____**

- 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 _____

Stempel / Unterschrift