

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

Herbstkongress 2010

Leitung: Prof. Dr. Haak, Chefarzt Diabetes Zentrum Mergentheim
Samstag, 23. Oktober 2010

Großer Hörsaal, Diabetes Zentrum Mergentheim

Diabetologie aktuell: Highlights aus dem Jahresprogramm 2010

09:45	Begrüßung	Prof. Dr. Th. Haak Bad Mergentheim
10:00	Neue Therapieoptionen mit GLP1-Analoga <i>Diskussion</i>	Dr. M. Trautmann Bad Homburg
10:40	Arzneimittelstudien – Sinn und Unsinn erkennen und verstehen <i>Diskussion</i>	Prof. Dr. N. Hermanns Bad Mergentheim
11:20	Pause	
11:50	Neues zum Kardiodiabetes <i>Diskussion</i>	Prof. Dr. N. Marx Ulm
12:30	Die häufigsten Fehler bei der Hochdrucktherapie <i>Diskussion</i>	Dr. Esther Preuß München
13:00	Mittagessen	
14:00	Gewichtszunahme unter Insulin – Wer ist gefährdet und wie kann dies verhindert werden	Prof. Dr. Th. Haak Bad Mergentheim
14:40	So isst Deutschland – Aktuelle Daten aus der nationalen Verzehrstudie	Dr. Astrid Tombek Bad Mergentheim
15:20	Verabschiedung	Prof. Dr. Thomas Haak

Teilnahmegebühr 50 €. Zertifiziert durch die Landesärztekammer Baden-Württemberg und den VDBD
Anerkannte ABSI-Schulung, Zertifiziert durch den VDBD mit 6 Punkten

Anmeldung

zum Herbstkongress 2010

"Schwerpunkt „Diabetologie aktuell“

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 Herbstkongress (23.10.2010) mit _____ Personen**
- Ich bin Mitglied der Diabetes-Akademie**

- Bitte senden Sie mir das **komplette Jahresprogramm 2011** 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