



Fortbildungsveranstaltung

Management der ambulanten Versorgung onkologischer Patienten

Die fachgebietsübergreifende Versorgung palliativer Patienten stellt die betreuenden Haus- und Fachärzte mit ihren Teams vor besondere Herausforderungen.

In den letzten Jahrzehnten ist ein Netzwerk von ambulanten und stationären palliativen Betreuungsmöglichkeiten entstanden, das dem Patienten viele Möglichkeiten der individuellen Versorgung bietet.

Anhand von Kasuistiken werden konkrete Beispiele aufgezeigt, wie dieses Netzwerk von allen Beteiligten genutzt werden kann.

Dieses Seminar soll auf diese Weise einen „Lotsendienst“ leisten und über die bestehenden Versorgungsmöglichkeiten informieren.

Referenten:

Matthias Bäumner

Fachkrankenpfleger für Palliativ Care Pflege
Mitbegründer des Ambulanten Palliativ Teams Frankfurt
am Main

Wolfgang Kallmayer

Fachkrankenpfleger für Anästhesie
und Intensivmedizin
Onkocoach
Pflegerischer Leiter des Ambulanten Krebszentrums
Schaubstraße in Frankfurt am Main

Termin:

Mittwoch, 13. November 2019, 14:30 – 17:30 Uhr

Teilnehmerkreis:

Ärztin, Arzt und Praxisteam

Teilnahmegebühr:

50,00 € inkl. MwSt./Person
(inkl. Verpflegung, Teilnehmerunterlagen, Arbeitsmaterialien, Zertifikat)

Ansprechpartner:

Kerstin Geßler
Telefon: 0721 6277-723
veranstaltungen@labor-karlsruhe.de

Veranstaltungsort:

MVZ Labor Diagnostik Karlsruhe GmbH
Am Rüppurrer Schloß 1, 76199 Karlsruhe

Anmeldeformular

Management der ambulanten Versorgung onkologischer Patienten

13. November 2019

Bitte per Telefax an 0721 6277-917 oder per Post an

MVZ Labor Diagnostik Karlsruhe GmbH
Veranstaltungsorganisation
Am Rüppurrer Schloß 1
76199 Karlsruhe

Hiermit melde ich mich zur **kostenpflichtigen** Veranstaltung
Management der ambulanten Versorgung onkologischer Patienten
am 13. November 2019 von 14:30 - 17:30 Uhr im MVZ Labor Diagnostik Karlsruhe an.

(Bitte das Anmeldeformular bei Bedarf kopieren)

Anrede: Frau Herr

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nachname

--	--	--	--	--	--	--	--

Titel

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Vorname

--	--	--	--	--	--	--

Fachrichtung

Anschrift: Praxis

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Straße/Hausnummer

--	--	--	--	--

Postleitzahl

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ort

--	--	--	--	--	--

Vorwahl

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telefonnummer und ggf. Telefaxnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

E-Mail-Adresse

Datum

(Praxis-) Stempel/Unterschrift