

Anmeldung zum 33. Allergiesymposium der nappa

Bitte senden Sie Ihre Anmeldung an unser Organisationsbüro:

Fax: 04736 / 102536

DI-TEXT Frank Digel

Ruhwarder Straße 19, 26969 Butjadingen-Ruhwarden

Telefon: 04736/102534, Telefax: 04736/102536

DI-TEXT Frank Digel

Ruhwarder Straße 19

26969 Butjadingen-Ruhwarden

Zum 33. Allergiesymposium der nappa am 20. und 21. November 2015 in Hannover melde ich mich verbindlich an:

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Titel, Vorname, Nachname

Adresszusatz

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon, Telefax

E-Mail

Ich bin Mitglied der nappa/GPA: ja nein

Teilnehmerbeiträge

- nappa/GPA Mitglied**
- | | | |
|---|----------|-----------|
| <input type="checkbox"/> Freitag / Samstag | € 110,00 | € 150,00* |
| <input type="checkbox"/> Tageskarte Freitag | € 80,00 | € 110,00* |
| <input type="checkbox"/> Tageskarte Samstag | € 70,00 | € 100,00* |
- Nichtmitglied**
- | | | |
|---|----------|-----------|
| <input type="checkbox"/> Freitag / Samstag | € 150,00 | € 190,00* |
| <input type="checkbox"/> Tageskarte Freitag | € 100,00 | € 130,00* |
| <input type="checkbox"/> Tageskarte Samstag | € 90,00 | € 120,00* |
- Student und Mitarbeiter**
aus Pflege oder medizinisch technischer Assistenz
(nur mit beigefügtem Nachweis)
- | | | |
|---|---------|----------|
| <input type="checkbox"/> Freitag / Samstag | € 55,00 | € 75,00* |
| <input type="checkbox"/> Tageskarte Freitag | € 35,00 | € 50,00* |
| <input type="checkbox"/> Tageskarte Samstag | € 35,00 | € 50,00* |
- (* Bei Anmeldung oder Zahlungseingang ab dem 02. 11. 2015)
- Abendessen am Freitag, 20.11.2015
pro Person € 40,00

Den gesamten Teilnehmerbeitrag in Höhe von € _____ habe ich am _____ 2015 auf das Konto **DI-TEXT** Frank Digel, IBAN: DE15 3705 0299 0197 0013 23, SWIFT-BIC: COKSDE33, bei der Kreissparkasse Köln unter dem Stichwort „33. AS Hannover und Teilnehmernamen“ überwiesen.

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir aus organisatorischen Gründen eine endgültige Reservierung erst nach vollständigem Zahlungseingang vornehmen können. Bei Stornierung der Teilnahme vor Veranstaltungsbeginn – Datum des Poststempels bzw. Fax – erfolgt die Rückerstattung der Teilnehmergebühr abzüglich einer Bearbeitungsgebühr von € 15,00. Nach Beginn der Veranstaltung erfolgt die volle Berechnung der Teilnehmergebühr. Ein Ersatzteilnehmer kann gestellt werden.

- Ich werde an folgenden Arbeitsgruppen teilnehmen:
(Bitte kennzeichnen Sie bei A, B, C, D und E jeweils mit X Ihre erste Wahl und mit A eine Alternative)

Arbeitsgruppen

- A 1** Update Asthmatherapie (DMP, Notfall, schwer zu behandelndes/schweres Asthma am Fallbeispiel)
- A 2** Es wird einfach nicht besser Herr Doktor: Neurodermitis beim Säugling
- A 3** Basic life support
Das Seminar A 3 dauert 2 Stunden und beginnt bereits um 09:30 Uhr!
- A 4** Atemwegsmanagement
Das Seminar A 4 dauert 2 Stunden und beginnt bereits um 09:30 Uhr!
- A 5** Interstitielle Lungenerkrankungen – wann muss ich daran denken?
-
- B 1** SIT: Wen soll man NICHT behandeln und warum?
- B 2** Hands on, hands off – Juckreiztherapie in der pädiatrischen Praxis
- B 3** Basic life support
Das Seminar B 3 dauert 1 3/4 Stunden und endet um 13:45 Uhr!
- B 4** Atemwegsmanagement
Das Seminar B 4 dauert 1 3/4 Stunden und endet um 13:45 Uhr!
- B 5** Mein Kind hat eine „Laktose-Allergie“. Wie geht der Gastroenterologe damit um?
-
- C 1** Aluminium in Arzneimitteln und Körperpflegeprodukten: wie gefährlich ist das?
- C 2** Diagnostik und Therapie der Anaphylaxie
- C 3** Bronchitis oder Pneumonie?
- C 4** Klinisch relevante Neuigkeiten aus der allergologischen Forschung
- C 5** Lungenfunktion
-
- D 1** Obstruktive Bronchitis – Bronchitis: und nun?
- D 2** Urtikaria
- D 3** Sie können sagen was Sie wollen, mein Kind hat eine Allergie
- D 4** Was kann die Bronchoskopie?
- D 5** Die Zukunft der spezifischen Immuntherapie
-
- E 1** Rekombinante Allergene: Zukunft oder Vergangenheit der Allergologie? (Pro/Con)
- E 2** Sie sind doch kein Arzt, wenn Sie nicht einmal Husten behandeln können
- E 3** Allergologische Erkrankungen erklären: Reha ist auch transkulturelle Medizin
- E 4** DMP Asthma: Instruktion und Kontrolle der Inhalationstechniken
- E 5** Leistungssport und Asthma

Datum, Unterschrift

Bitte ausfüllen und unterschrieben absenden an:
nappa e.V. Horst Reibisch, Rehberg 12, 24782 Büdelsdorf



Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in die

Norddeutsche Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Pneumologie und Allergologie (nappa)

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE54ZZZ00000386609

Westdeutsche Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Pneumologie und Allergologie (WAPPA)

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE14ZZZ00000667853

Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Pneumologie und Allergologie (APPA)

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE58ZZZ00000954278

Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Allergologie und Pneumologie Süd e.V. (AGPAS)

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE56ZZZ00000829184

Akad. Titel	Vorname	Name
Dienstadresse		Zustelladresse? Dann bitte ankreuzen: <input type="checkbox"/>
Tel.	Fax	E-Mail
Privatadresse		Zustelladresse? Dann bitte ankreuzen: <input type="checkbox"/>
Tel.	Fax	E-Mail

Niedergelassener Arzt

Klinikarzt

Facharzt für

Zusatzbezeichnung: Allergologie Päd. Pneumologie Umweltmedizin

Ich ermächtige die oben ausgewählte Arbeitsgemeinschaft, den gültigen Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dieser Arbeitsgemeinschaft auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Die Mandatsreferenz für die Abbuchungen wird mir separat mitgeteilt.

IBAN	
BIC	Unterschrift (Einzugsermächtigung)
Ort, Datum	Unterschrift (Mitgliedschaft)