

Akademie für Palliativmedizin,
Palliativpflege und Hospizarbeit
Nordhessen e.V.
Bergmannstraße 32
34121 Kassel

Veranstalter:

Akademie für Palliativmedizin, Palliativpflege
und Hospizarbeit Nordhessen e.V.
Bergmannstraße 32
34121 Kassel

Tel. 0561 937-3258

Fax 0561 937-3268

E-Mail info@apph-nordhessen.de

- Auskünfte: Mo, Mi, Fr von 10 bis 12 Uhr
Di, Do von 14 bis 16 Uhr

www.apph-nordhessen.de

Leitung:

Dr. med. Wolfgang Spuck
Palliativbereich
Rotes Kreuz Krankenhaus
Hansteinstraße 29
34121 Kassel

Zertifizierung:

Die Zertifizierung mit 40 Punkten ist bei der
Landesärztekammer Hessen beantragt.

Tagungsort:

Schlosshotel Wilhelmshöhe
Schlosspark 8
34131 Kassel

Tel. 0561 3088-0

Fax 0561 3088-428

www.schlosshotel-kassel.de

**Akademie für Palliativmedizin,
Palliativpflege und Hospizarbeit
Nordhessen e.V.**

durch die Landesärztekammer Hessen
anerkannte Weiterbildungseinrichtung

**Fallseminar Modul 3
Palliativmedizin
für Ärzte**

nach dem

Kursbuch Palliativmedizin

- Entwurf/Stand: 26. November 2004 -

Herausgeber: Bundesärztekammer,
Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin

**16. bis 20. Dezember 2009
in Kassel**



Fax: 0561 937-3268

Kursbeschreibung:

Im Fallseminar Modul 3 sieht das Curriculum (Kursbuch Palliativmedizin der BÄK und der DGP) die Bearbeitung eigener Fälle unter kollegialer und fachlicher Supervision vor. Unter dem Arbeitstitel „Professionelles Handeln in der Palliativmedizin“ sollen komplexe Fragestellungen aus dem palliativmedizinischen Arbeitsfeld erörtert und gelöst werden. Wir verbinden die Teilnahme mit der Auflage, einen kritischen Fall aus der klinischen Erfahrung für die Präsentation zu präparieren, damit wir den Anforderungen des Curriculums gerecht werden.

Senden Sie uns bitte Ihre Falldarstellung bis zum 30. September 2008 in Form einer Word-Datei an unsere Mail-Adresse (info@apph-nordhessen.de). Inhalte und Schwerpunkte können sein: Ungelöste - oder besonders gut gelöste - Probleme in der Symptomkontrolle, der psychosozialen Unterstützung, Spiritualität, Trauer, Teamarbeit, Probleme der Kommunikation und andere. Jeder Fall sollte eine DIN-A-4-Seite nicht überschreiten (Arial, 11 p.). Graphische oder bildliche Darstellungen sind als JPEG-Datei auf CD herzlich willkommen.

Die Falldarstellung sollte gegliedert sein und folgende Abschnitte beinhalten:

- Eigenanamnese
- Sozialanamnese
- Klinische Befunde
- Technische Befunde
- Therapie und Verlauf
- Problemformulierung

Das Fallseminar entspricht dem Kursbuch Palliativmedizin der Bundesärztekammer und der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin und dient der Weiterbildung zur Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“.

Zielgruppe: Ärztinnen und Ärzte, die Fallseminar Modul 1 und 2 oder Aufbaukurs I und II absolviert haben.

Teilnehmerzahl: 20

Organisatorisches:

Termin: 16. bis 20. Dezember 2009
Beginn: Mittwoch 10:00 Uhr
Ende: Sonntag 17:00 Uhr

Kursgebühr: 700,00 €

Ort:
Schlosshotel Wilhelmshöhe in Kassel

Übernachtung:
Für Kursteilnehmer/innen reserviert das Tagungshotel ein Zimmerkontingent zum Sonderpreis von **€ 67,-/ÜN +FS** (Einzelzimmer)
Stichwort: „Fallseminar Modul 3“

Reservierung und Auskunft:
Herr Gerlach
Tel. 0561 3088-416
Fax 0561 3088-428
E-Mail bankett@schlosshotel-kassel.de

Anmeldung/Rücktritt:

Wir bitten um eine möglichst frühzeitige schriftliche und somit verbindliche Anmeldung. Bei Überbelegung berücksichtigen wir die Anmeldungen nach der Reihenfolge des Posteingangs.

Sie erhalten von uns eine Anmeldebestätigung, weiterführende Kurs-Informationen und eine Rechnung über die Kursgebühr, die 2 Wochen vor Kursbeginn überwiesen sein muss.

Ein Rücktritt von der Anmeldung ist bis zum 21. Oktober 2009 kostenlos möglich. Die Absage bedarf der Schriftform. Bei späterer Absage wird die Kursgebühr als Ausfallgebühr fällig.

Sollte die Nachfrage zu gering sein, erfolgt bis spätestens 4 Wochen vor Beginn eine Absage der Veranstaltung sowie eine Rückerstattung der Kursgebühr in voller Höhe.

ANMELDUNG

per Brief oder Fax: 0561 937-3268

Fallseminar Modul 3 Palliativmedizin für Ärzte
16. bis 20. Dezember 2009 in Kassel

Name/Vorname

Medizinische Fachrichtung/Einrichtung

Korrespondenzadresse:
Klinik Praxis privat

Straße

PLZ/Ort

Telefon

Fax

E-Mail

Datum

Unterschrift