

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

durch die Landesärztekammer Hessen  
anerkannte Weiterbildungseinrichtung

**Fallseminar Modul 3  
Palliativmedizin  
für Ärzte**

**Leitung:**

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

nach dem

*Kursbuch Palliativmedizin*

- Entwurf/Stand: 26. November 2004 -  
Herausgeber: Bundesärztekammer,  
Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin

**Zertifizierung:**

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

**02. bis 06. Juni 2010  
in Kassel**

**Tagungsort:**

Schlosshotel Wilhelmshöhe  
Schlosspark 8  
34131 Kassel

**Tel.** 0561 3088-0

**Fax** 0561 3088-428

[www.schlosshotel-kassel.de](http://www.schlosshotel-kassel.de)



**Akademie für Palliativmedizin,  
Palliativpflege und Hospizarbeit  
Nordhessen e.V.  
Bergmannstraße 32  
34121 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 2010** in Form einer Word-Datei an unsere Mail-Adresse (info@aph-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:** 24

## Organisatorisches:

**Termin:** 02. bis 06. Juni 2010  
**Beginn:** Mittwoch 10:00 Uhr  
**Ende:** Sonntag 17:00 Uhr

**Kursgebühr:** 700,00 €

**Ort:** Schlosshotel Wilhelmshöhe in Kassel

### **Übernachtung:**

Für Kursteilnehmer/innen reserviert das Tagungs-Hotel ein Zimmerkontingent zum Preis von **€ 69,-/ÜN +FS** (Einzelzimmer)

### **Stichwort: „Fallseminar Modul 3“**

Reservierung und Auskunft:

**Frau Sandrock**

**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.

Ein Rücktritt von der Anmeldung ist bis zum 14. April 2010 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**

02. bis 06. Juni 2010 in Kassel

Name/Vorname \_\_\_\_\_

Medizinische Fachrichtung/Einrichtung \_\_\_\_\_

**Korrespondenzadresse:**

Klinik  Praxis  privat

Straße \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_