

## Veranstalter:

Akademie für Palliativmedizin, Palliativpflege und  
Hospizarbeit Nordhessen e.V.  
Hansteinstraße 29  
34121 Kassel

**Tel.** 0561 937-3258

**Fax** 0561 937-3268

**E-Mail** info@apph-nordhessen.de

- Auskünfte: Mo, Mi, Fr 10 bis 12 Uhr

Di, Do 14 bis 16 Uhr

[www.apph-nordhessen.de](http://www.apph-nordhessen.de)

## Leitungs-Team

**Dr. med. Nina-K. Eulitz**, Ärztin für Anästhesie,  
Rettenungsmedizin, Palliativmedizin

**Dirk-B. Eggebrecht**, Dipl. Psychologe, Psychothe-  
rapeut, Psychoonkologe

**Kathrin Jahns**, Klinikseelsorgerin

**Dr. med. Wolfgang Spuck**, Arzt für Innere Medizin,  
Palliativmedizin

**Sabine Weingardt**, Gesundheits- und Krankenpflege  
Palliative Care, Dipl. Stress- und Mentalcoach,  
Trainer, Pain Nurse,

## Tagungsort:

**Palliativzentrum Nordhessen**

DRK-Nordhessen gGmbH

Akademieräume, Station D4

Hansteinstraße 29

34121 Kassel

**Tel.:** 0561-3086-0

## Zertifizierung:

Die Zertifizierung mit 40 Punkten ist bei der Landes-  
ärztekammer Hessen beantragt.

## Erklärung:

Die Fortbildungsmaßnahme ist produkt- und  
dienstleistungsneutral gestaltet.

Es wird zugesichert, dass potentielle Interessenskon-  
flikte des Veranstalters, der wissenschaftlichen  
Leitung und der Referenten in einer Selbstauskunft  
gegenüber den Teilnehmern offen gelegt werden.

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

durch die Landesärztekammer Hessen  
anerkannte Weiterbildungseinrichtung

## Kurs-Weiterbildung Palliativmedizin für Ärzte

nach dem

*Kursbuch Palliativmedizin*

- Entwurf/Stand: 21. Oktober 2011 -

Herausgeber: Bundesärztekammer,  
Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin

**23. bis 27.01.2019  
in Kassel**



## Kursbeschreibung:

Palliativmedizin ist ein umfassendes Behandlungs- und Betreuungskonzept für Patienten in fortgeschrittenen Stadien unheilbarer Erkrankungen.

Mit der »Kurs-Weiterbildung Palliativmedizin« richten wir uns an interessierte Ärztinnen und Ärzte aller Fachrichtungen. Für Fachärzte, die unmittelbar am Patienten arbeiten, ist dieser Kurs Bestandteil für die Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“.

In Vorträgen und Diskussionen werden neben therapeutischen Möglichkeiten zur Kontrolle belastender Symptome, psychosoziale Aspekte sowie ethische und rechtliche Fragestellungen behandelt.

Themen sind:

- Grundlagen der Palliativmedizin
- Schmerztherapie
- Interdisziplinäre Symptomkontrolle
- Bedürfnisorientierte Behandlung
- Ethik
- Spiritualität und Trauer
- Palliative Care, Hospizarbeit
- Kommunikation
- Teambildung und Teampflege
- viele andere

Ausgesuchte Fallbeispiele und strukturierte Gespräche stellen Bezüge zur täglichen Praxis her.

Das Kursprogramm entspricht dem *Kursbuch Palliativmedizin*, herausgegeben von der Bundesärztekammer und der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin.

**Zielgruppe:** Ärztinnen und Ärzte

**Teilnehmerzahl:** max. 24

## Organisatorisches:

**Termin:** 23. bis 27. Januar 2019

**Beginn:** Mittwoch 10.00 Uhr

**Ende:** Sonntag 17.00 Uhr

**Kursgebühr:** 660,00 €

### Palliativzentrum Nordhessen

DRK-Nordhessen gGmbH  
Akademieräume, Station D4  
Hansteinstraße 29  
34121 Kassel

### Übernachtung:

Für Kursteilnehmer/innen steht in verschiedenen Hotels ein Zimmerkontingent mit Preisabsprachen zur Verfügung.

Gern geben wir Ihnen vorab Auskunft über die verschiedenen Buchungsmöglichkeiten.

## Anmeldung/Rücktritt:

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

Ein Rücktritt von der Anmeldung ist bis spätestens zum 20.11.2018 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

**Kurs-Weiterbildung Palliativmedizin für Ärzte**

23. bis 27. Januar 2019 in Kassel

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

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

### Korrespondenzadresse:

Klinik  Praxis  privat

\_\_\_\_\_  
Straße

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

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Fax

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

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift