

Praxis für Schmerzmedizin

Privatdozent Dr. med. Markus Gehling

Arzt für Anästhesiologie

Schmerzmedizin, Palliativmedizin, Intensivmedizin, Notfallmedizin

Wilhelmshöher Allee 91

Tel.: 05 61 / 766 069 99

Fax: 05 61 / 766 069 98

info@schmerzmedizin-kassel.de

Name:

Vorname:

Geb.Datum:

Anschrift:

Telefon:

E-Mail:

Anmeldung

Titel der Veranstaltung: Schmerzen verstehen

Inhalt: Vermittlung von wissenschaftlich gesicherten Erkenntnissen über Schmerzen in leicht verständlicher Form

Motto: Freiheit durch Wissen

Datum:	Modul 1	04.03.2020	Thema: Was ist Schmerz
	Modul 2	11.03.2020	Thema: Gefahrensignale und Schmerz
	Modul 3	18.03.2020	Thema: Heilung und chron. Schmerz
	Modul 4	25.03.2020	Thema: Chron. Schmerzen
	Modul 5	08.04.2020	Thema: Ausweg: Leben nach dem Schmerz

Beginn jeweils um 14.30 Uhr

Teilnahmegebühr:

Die Teilnahmegebühr beträgt je Modul 35,50 €

Bitte überweisen Sie den Rechnungsbetrag vor Veranstaltungsbeginn unter Angabe Ihres Namens und Verwendungszweck: Schmerzseminar auf folgendes Konto:

PD Dr. med. M. Gehling, Kasseler Sparkasse, IBAN DE43 5205 0353 0002 191755 BIC HELADEF1KAS.

Die Teilnahme kann nur gewährt werden, wenn Ihre Zahlung eingegangen ist. Stornierungen müssen schriftlich 6 Werktage vor Veranstaltungsbeginn eingehen. In diesem Fall erheben wir eine Bearbeitungsgebühr von 25,- €. Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir bei Nichteinhaltung dieser Frist die volle Teilnahmegebühr berechnen. Im Verhinderungsfall kann selbstverständlich eine andere Person als Ersatz angemeldet werden.

Wenn Sie eine e-Mail senden, wird Ihre Adresse ausschließlich für die Korrespondenz mit Ihnen verwendet.

Praxis für Schmerzmedizin

Privatdozent Dr. med. Markus Gehling

Arzt für Anästhesiologie

Schmerzmedizin, Palliativmedizin, Intensivmedizin, Notfallmedizin

Wilhelmshöher Allee 91

Tel.: 05 61 / 766 069 99

Fax: 05 61 / 766 069 98

info@schmerzmedizin-kassel.de

Mit der Anmeldung zu dieser Veranstaltung bestätige ich, die Storno- und Datenschutzbedingungen von der Praxis für Schmerzmedizin, PD Dr. med. M. Gehling, Wilhelmshöher Allee 91, 34121 Kassel gelesen und akzeptiert zu haben.

Datum _____

Unterschrift _____