

EINLADUNG: Update Notarztfortbildung

für Notärzte, Ärztinnen und Ärzte mit Zusatzqualifikation Notfallmedizin

Praxisnah, mit Übungen, Fallbesprechung,
Updates für ärztliche Tätigkeit im Rettungsdienst

Sa., 21.03.2026 | 09:00 - 16:00 Uhr | Dorint Kongresshotel | Selikumer Str. 25 | 41460 Neuss
im Rahmen des NRW Medizin Update Kongress 2026

Begrüßung und Einleitung

Marc Zellerhoff, Ärztlicher Leiter Rettungsdienst, Rhein-Kreis-Neuss

**7 CME Punkte
ÄKno**

Reanimation 2025 - was gibt es Neues?

Jürgen Graw, Qualitätsverantwortlicher Rettungsdienst, Rhein-Kreis-Neuss

Cardiac Arrest Center - Erste Erfahrungen aus dem Lukas KH

Dr. Florian Maurer, Oberarzt Medizinische Klinik I, Rheinland Klinikum Neuss, Lukas Krankenhaus

Reanimationskonzept Mönchengladbach - im Team zum Sieg

Dr. Marc Deussen, Ärztlicher Leiter Rettungsdienst, Stadt Mönchengladbach

SAA und BPR 2025 - was gibt es Neues

Marc Zellerhoff, Ärztlicher Leiter Rettungsdienst, Rhein Kreis Neuss

Einsatzbericht der außergewöhnliche Fall

Svend Kamysek, Facharzt für Anästhesie

Thrombektomie - Therapiemöglichkeiten beim Stroke

Prof. Dr. Dan Meila, JEK, Chefarzt der Klinik für interventionelle Neuroradiologie,
Johanna Etienne Krankenhaus, Neuss

Fortbildungsgebühr: 49,00 € inkl. Catering und Getränke.

Bitte melden Sie sich zeitnah an, die Teilnehmerzahl ist limitiert. Auch Nicht-Mitglieder sind herzlich willkommen.

Wir freuen uns auf einen schönen gemeinsamen Netzwerk-Tag! Ihr NRW-Ärzt Netzwerk

Fax-Rückantwort bitte senden an: + 49 2150 7052-21

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

oder per Mail: aerztenetzwerk@nrnw.de

Meine Anmeldung ist verbindlich, personengebunden und nicht übertragbar.

Mit der Anmeldung erkläre ich mich mit den AGB, nachzulesen auf der Webseite www.nrnw.de einverstanden.

Bitte informieren Sie mich weiterhin über Ihre Fortbildungen und Angebote ☐ per Fax und ☐ per Mail

Bitte entfernen Sie folgende Faxnummer aus Ihrem Verteiler: _____

☐

Ich melde mich verbindlich an

Vorname: _____

Nachname: _____

Datum/Ort: _____

Mail: _____

Mobil-Nr.: _____

Praxisanschrift: _____

Unterschrift/Praxisstempel: _____