

## EINLADUNG

### CME Fortbildung DMP All-in-One

Asthma/COPD | KHK | Diabetes | Neurologie

**Samstag, 14.11.2026 | 09:00 – 18:30 Uhr**

St. Elisabeth-Hospital | Hauptstr. 74-76 | 40668 Meerbusch

9 CME Punkte  
ÄkNo

#### DMP Asthma und COPD. Atemwege im Fokus

RSV, Pneumokokken und moderne inhalative Therapie.

Was Sie im Praxisalltag gezielt einsetzen.

Referent:in: N.N.

#### Update Herzgesundheit

Schlüssel zur Herzgesundheit - das unterschätzte Potenzial der kardiologischen Reha?!

Referent:in: N.N.

#### Thema: N.N.

Referent:in: N.N.

#### DMP KHK | Lipidtherapie und kardiovaskuläre Prävention

Moderne Therapie bei Fettstoffwechselstörung und individuelle Risikoreduktion für Herzpatienten.

Referent:in: N.N.

#### DMP Diabetes

Moderne Diabetestherapie bei Typ 1 und 2 trifft auf wirksame Strategien zur Gewichtsreduktion bei Adipositas.

Aktuelle medikamentöse Optionen und ihr gezielter Einsatz im Praxisalltag.

Referent:in: N.N.

#### Migräne in der Praxis. Richtig erkennen, richtig behandeln.

Diagnostik, Differenzialdiagnose und gezielte Prophylaxe bei Migräne.

Vom Erstansatz bis zum Einsatz von CGRP-Antikörper.

Referent:in: N.N.

Mit freundlicher Unterstützung:



Netzwerkpartner



2000 €

Sponsoring in Form von Standmiete, für Kosten Organisation, Raummiete, Honorare

CME Punkte sind beantragt, bitte den Barcode mitbringen, wenn die Weiterleitung an die ÄKNO erwünscht ist!

**Fortbildungsgebühr:** 49,00 € netto 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 gemeinsamen informativen Netzwerk-Tag! Ihr NRW-Ärzt Netzwerk**

Fax-Rückantwort bitte senden an: 02150 7052-21 oder per E-Mail an [aerztenetzwerk@nrnw.de](mailto:aerztenetzwerk@nrnw.de)

#### Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

Meine Anmeldung ist verbindlich, personengebunden und nicht übertragbar.

Mit der Anmeldung erkläre ich mich mit den AGB, nachzulesen auf der Webseite [www.nrnw.de](http://www.nrnw.de) einverstanden

Meine Rechnung erhalte ich ca. **14 Tage vor der Fortbildung per Post oder E-Mail.**

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: \_\_\_\_\_

Akad. Grad: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

Mobil-Nr.: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

Datum/Ort: \_\_\_\_\_

Praxisanschrift: \_\_\_\_\_

Unterschrift/Praxisstempel: \_\_\_\_\_