

Einladung - DMP Fortbildung für MFA

erfüllt die Voraussetzung für die jährliche DMP Fortbildungsveranstaltung, vorgegeben durch die KV Nordrhein

Mittw., 16.06.2027, 14:00 - 19:00 Uhr

Fortbildungszentrum im NRW-Ärztenetzwerk, Robert-Bosch-Str. 7, 40668 Meerbusch

Fortbildung für med. Fachkräfte und leitende Angestellte

Update 3 in 1 – Medizin • Motivation • Management

In dieser praxisnahen Fortbildung erweitern und vertiefen Sie Ihr Wissen rund um das Disease-Management-Programm (DMP) und erhalten wertvolle Impulse für die tägliche Arbeit in der Praxis.

Modul 1 – DMP erfolgreich organisieren

Grundlagen und Ziele der Disease-Management-Programme

Rechtliche und organisatorische Rahmenbedingungen

Effiziente Planung und Koordination der DMP-Abläufe

Modul 2 – Medizinisches Fachwissen aktuell

Krankheitsbilder verstehen:

- Diabetes mellitus Typ 2
- Asthma bronchiale
- COPD
- Koronare Herzkrankheit (KHK)

Physiologie, Risikofaktoren sowie aktuelle Diagnostik und Therapie

Patienten verständlich informieren und individuell beraten

Motivation fördern und Patienten zu einem nachhaltigen Selbstmanagement befähigen

Modul 3 – Erfolgreiche Umsetzung im Praxisalltag

Optimiertes Termin- und Recallmanagement

Erfolgreiche Zusammenarbeit im Team für reibungslose Abläufe und eine hohe Versorgungsqualität

Referentin: **Iris Schluckebier**

MFA, VERAH und NÄPa, Dozentin im Gesundheitswesen, Fachleitung/Lernbegleitung PKV-Institut, München
VERAH-Referentin, Coach, Praxisberaterin und QM-Visitorin

Fortbildungsgebühr: 129,00 € netto inkl. Catering und Getränke.

limitierte Teilnehmerzahl - bitte melden Sie sich zeitnah an!

Wir freuen uns auf einen gemeinsamen informativen Netzwerk-Tag! Ihr NRW-Ärztenetzwerk

Fax-Rückantwort bitte senden an: 02150 7052-21 oder per E-Mail an aerztenetzwerk@nrnw.de
oder Online anmelden unter www.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 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: _____

Akad. Grad: _____

Nachname: _____

Mobil-Nr.: _____

Mail: _____

Datum/Ort: _____

Praxisanschrift: _____

Unterschrift/Praxisstempel: _____