NRNW-Ärztenetzwerk
Robert-Bosch-Str. 7, 40668 Meerbusch
Tel. 49 2150 794390-20 | Fax: 49 2150 705221
E-Mail: aerztenetzwerk@nrnw.de | www.nrnw.de

Parkmöglichkeiten
gebührenfreie Parkplätze
auf der Robert-Bosch-Straße und Umgebung
40668 Meerbusch

## Einladung

# Kinesio-Tape Seminar - Knie. Schulter. Rücken.

## Mittw., 27.01.2027, 14:00 - 18:00 Uhr

Fortbildungszentrum im NRNW-Ärztenetzwerk | Robert-Bosch-Str. 7 | 40668 Meerbusch

**für Anfänger und Fortgeschrittene - Fortbildung für med. Fachkräfte, Ärzte & Praxis-Teams**

**Referentin:**
**Susanne Tauscher-Thon,** Fachreferentin im Gesundheitswesen, selbstständige Praxismanagerin

**Einführung in das Kinesio-Taping**
Grundlagen, Materialkunde, Wirkprinzipien und Grenzen der Methode.
Hautvorbereitung, Zugstärke, Anlagetechniken und Kontraindikationen.

**Knie**
Anlagetechniken bei vorderem Knieschmerz, patellofemoralen Beschwerden
und zur unterstützenden Stabilisierung. Demonstration und gegenseitiges Tapen.

**Schulter**
Taping bei muskulären Beschwerden, Schulterverspannungen
und funktionellen Bewegungseinschränkungen. Praktische Übungen am Partner.

**Rücken**
Anlagetechniken für Lendenwirbelsäule, paravertebrale
Muskulatur und muskuläre Verspannungen. Demonstration und praktische Anwendung.

**Praxiswerkstatt: Selbstständig tapen**
Die Teilnehmenden wählen typische Beschwerdebilder aus und legen unter Anleitung
eigenständig Tapes an. Individuelle Korrektur durch die Referentin.

**Limitierte Teilnehmerzahl - bitte melden Sie sich zeitnah an!**

**Fortbildungsgebühr: 169,00 € incl. Verbrauchsmaterial, Zertifikat, Catering und Getränke**

Wir freuen uns auf Sie! Ihr NRNW-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: _____