

# Einladung

## 5. Thüringer Praxis- und Hygienetag in Weimar

am 09.11.2024

von 9.00-16.00 Uhr

in den Räumen der KV Weimar

Zeit	Raum 1	Raum 2	Raum 3	Raum 4
9:15 – 10:30	<b>Hygiene</b> <i>Fa. Medichem</i>	<b>Digitaler Tresen erste Erfahrungen</b> <i>Stadtambulanz Sömmerda</i>	<b>Point-of-Care – Sonographie in der Hausarztpraxis</b> <i>Dr. med. Peter Ernst</i>	<b>Praxisübernahme juristisch richtig...</b> <i>RA Michael Knorre</i>
Kaffeepause				
10.45- 12:00	<b>Verbände</b> <i>Fa. BSN</i>	<b>Alltag einer Versorgungsassistentin</b> <i>Stadtambulanz Sömmerda</i>	<b>Thrombose und Thrombophlebitis-Diagnostik und Therapie in der Praxis</b> <i>Dr. med. Peter Ernst</i>	<b>Rechtliche Grundlagen der Telemedizin</b> <i>Jonas Knorre</i>
Mittagspause				
13:00 – 14:15	<b>Verbände</b> <i>Fa. BSN</i>	<b>Digitaler Tresen erste Erfahrungen</b> <i>Stadtambulanz Sömmerda</i>	<b>Thrombose und Thrombophlebitis-Diagnostik und Therapie in der Praxis</b> <i>Dr. med. Peter Ernst</i>	<b>Anaphylaxie Training am Simulator</b> <i>CA Axel Plessmann</i>
Kaffeepause				
14:30 – 15:45	<b>Hygiene</b> <i>Fa. Medichem</i>	<b>Alltag einer Versorgungsassistentin</b> <i>Stadtambulanz Sömmerda</i>	<b>Point-of-Care – Sonographie in der Hausarztpraxis</b> <i>Dr. med. Peter Ernst</i>	<b>Notfall in der Praxis Notwendige Ausstattung</b> <i>CA Axel Plessmann</i>

Das angebotene Seminar Hygiene gilt als Unterweisung gemäß § 10 Thüringer Hygieneverordnung. Alle Teilnehmer erhalten ein Zertifikat.

### Teilnahmegebühr:

für Ärzte 69 Euro incl. MwSt ( Fortbildungspunkte beantragt)

für med. Personal 49 Euro incl. MwSt

Für das leibliche Wohl wird gesorgt!

Es gelten unsere AGB.

**Anmeldefax:**

		Med. Personal	Arzt
Praxis			
Name, Vorname 1. Teilnehmer		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Name, Vorname 2. Teilnehmer		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Name, Vorname 3. Teilnehmer		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Name, Vorname 4. Teilnehmer		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Name, Vorname 5. Teilnehmer		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Straße/Nr			
PLZ/Ort			
Telefon			
Fax			

Datum/Unterschrift/Stempel:

**Rückantwort:**

Die Teilnahme von ..... Personen für den 9.11.2024 wird bestätigt.

Knorre&Molder Medizintechnik GmbH Erfurt

Erfurt, den.....