

Anmeldung zum 36. Allergiesymposium der nappa

Bitte senden Sie Ihre Anmeldung an unser Organisationsbüro:

DI-TEXT Frank Digel
Ruhwarder Straße 19, D-26969 Butjadingen-Ruhwarden
Telefon: 04736/102534, **Telefax: 04736/102536**

DI-TEXT Frank Digel
Ruhwarder Straße 19
D-26969 Butjadingen-Ruhwarden

Zum 36. Allergiesymposium der nappa am 16. und 17. November 2018 in Lübeck melde ich mich verbindlich an:

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Titel, Vorname, Nachname

Adresszusatz

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon, Telefax

E-Mail

- Ich bin Mitglied der nappa/GPA: ja nein
 Ich werde an beiden Tagen der Veranstaltung teilnehmen
 Ich werde nur am Freitag, dem 16.11.2018, teilnehmen
 Ich werde nur am Samstag, dem 17.11.2018 teilnehmen

Teilnehmerbeiträge

- nappa/GPA Mitglied**
- | | | |
|---|----------|-----------|
| <input type="checkbox"/> Freitag / Samstag | € 110,00 | € 150,00* |
| <input type="checkbox"/> Tageskarte Freitag | € 80,00 | € 110,00* |
| <input type="checkbox"/> Tageskarte Samstag | € 70,00 | € 100,00* |
- Nichtmitglied**
- | | | |
|---|----------|-----------|
| <input type="checkbox"/> Freitag / Samstag | € 150,00 | € 190,00* |
| <input type="checkbox"/> Tageskarte Freitag | € 100,00 | € 130,00* |
| <input type="checkbox"/> Tageskarte Samstag | € 90,00 | € 120,00* |
- Student oder Mitarbeiter**
aus Pflege oder medizinisch technischer Assistenz
(nur mit beigefügtem Nachweis)
- | | | |
|---|---------|----------|
| <input type="checkbox"/> Freitag / Samstag | € 55,00 | € 75,00* |
| <input type="checkbox"/> Tageskarte Freitag | € 35,00 | € 50,00* |
| <input type="checkbox"/> Tageskarte Samstag | € 35,00 | € 50,00* |
- (* Bei Zahlungseingang ab dem 26.10.2018)
- Abendessen am Freitag, 16.11.2018
pro Person € 45,00

Ich werde an folgenden Arbeitsgruppen teilnehmen:
(Bitte kennzeichnen Sie bei A, B, C, D und E jeweils mit X Ihre erste Wahl und mit A eine Alternative)

- A 1** Was sollte ich über den anaphylaktischen Notfall wissen?
Praktisches Reanimationstraining
(im UKSH; begrenzte Teilnehmerzahl)
- A 2** Wie funktioniert die Lungen-Sonographie?
(im UKSH; begrenzte Teilnehmerzahl)
- A 3** Wie gehe ich vor bei Verdacht auf eine
Primäre Ziliäre Dyskinesie? (im UKSH)
- A 4** Was passiert eigentlich bei der Physiotherapie?
Und wie funktioniert das Sekretmanagement
im Kindesalter in der Praxis?
- A 5** Nutzen uns neue Verfahren zur Lungenfunktions-
messung? Wie funktionieren Multiple breath washout
und Impedanzpneumographie
- A 6** Wie gehe ich vor bei Verdacht auf Kontaktallergie
im Kindesalter?

- B 1** Wie sollte man ehemalige Frühgeborene in der
Klinik und Praxis nachsorgen?
- B 2** Wie diagnostiziert und behandelt man die akute
und chronische Urtikaria beim Kind?
- B 3** Wann und wie muss man eine Hypereosinophilie
im Kindesalter abklären? Praxis/Ambulanz
- B 4** Wie sollte man vorgehen,
wenn die SIT nicht funktioniert?
- B 5** Biologika in der Kinderpneumologie & Allergologie:
Wann anfangen und wann aufhören?

- C 1** Pro/Con: Müssen die Asthmaschulung und
unsere Schulungskonzepte modernisiert werden?
- C 2** Was macht medizinisch Sinn beim Atopischen Ekzem:
Creme à la carte oder Individualrezeptur?
- C 3** Welche Tipps und Tricks sind für das Management
einer Kinderpneumologischen Praxis hilfreich?
- C 4** Wie geht es weiter, wenn ich eine funktionelle
Atemstörung vermute?
- C 5** Pro/Con: Welche thoraxchirurgischen Eingriffe
sind bei Kindern und Jugendlichen wirklich indiziert?

- D 1** Pro/ Con: Antibiotikatherapie in der Kinderpneumologie:
Muss das sein? Und wenn ja: Womit und wie lange?
- D 2** Wird die Allergische Rhinitis im Kindesalter zu selten
diagnostiziert und zu schlecht behandelt?
- D 3** Molekulare Allergiediagnostik:
Was ist klinisch relevant und ökonomisch sinnvoll?
- D 4** Anaphylaxie im Kindesalter: Welche Diagnostik ist
notwendig und wie schütze ich die Patienten?
- D 5** Unterstützen uns Kinderpneumologische und
Allergologische Apps im Praxisalltag?

- E 1** Pro/Con: SIT bei Insektengift-Allergie: Wer braucht eine
Notfallapotheke? Gibt es Gründe für eine Stichprovokation?
- E 2** Was hat sich in der CF-Therapie in den letzten
drei Jahren verändert?
- E 3** Diagnostik und Therapie des Asthma bronchiale:
Welche Leitlinie ist dabei hilfreich?
- E 4** Sucht oder Sehnsucht – Wie schützen wir Kinder
und Jugendliche vor Tabakkonsum?
- E 5** Blut im Stuhl und Pickel auf der Haut: Wann und wie
diagnostiziere ich eine Nahrungsmittelallergie?

Datum, Unterschrift

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir aus organisatorischen Gründen eine endgültige Reservierung erst nach vollständigem Zahlungseingang vornehmen können. Bei Stornierung der Teilnahme vor Veranstaltungsbeginn (Datum E-Mail bzw. Fax) erfolgt die Rückerstattung der Teilnehmergebühr abzüglich einer Bearbeitungsgebühr von € 15,00. Nach Beginn der Veranstaltung erfolgt die volle Berechnung der Teilnehmergebühr. Ein Ersatzteilnehmer kann gestellt werden.

Den gesamten Teilnehmerbeitrag in Höhe von € _____ habe ich am _____ 2018 auf das Konto **DI-TEXT** Frank Digel, IBAN: DE15 3705 0299 0197 0013 23, SWIFT-BIC: COKSDE33, bei der Kreissparkasse Köln unter dem Stichwort „36. AS Lübeck und Teilnehmername“ überwiesen.

Bitte ausfüllen und unterschrieben absenden an:

nappa e.V., c/o Dr. med. Sibylle Scheewe, Fachklinik Sylt,
Steinmannstraße 52-54, 25980 Sylt/OT Westerland



Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in die

Norddeutsche Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische
Pneumologie und Allergologie (nappa)

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE54ZZZ00000386609

Westdeutsche Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische
Pneumologie und Allergologie (WAPPA)

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE14ZZZ00000667853

Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Pneumologie
und Allergologie (APPA)

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE58ZZZ00000954278

Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Allergologie
und Pneumologie Süd e.V. (AGPAS)

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE56ZZZ00000829184

Akad. Titel	Vorname	Name
-------------	---------	------

Dienstadresse	Zustelladresse? Dann bitte ankreuzen: <input type="radio"/>
---------------	---

Tel.	Fax	E-Mail
------	-----	--------

Privatadresse	Zustelladresse? Dann bitte ankreuzen: <input type="radio"/>
---------------	---

Tel.	Fax	E-Mail
------	-----	--------

Niedergelassener Arzt

Klinikarzt

Facharzt für

Zusatzbezeichnung: Allergologie Päd. Pneumologie Umweltmedizin

Ich ermächtige die oben ausgewählte Arbeitsgemeinschaft, den gültigen Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dieser Arbeitsgemeinschaft auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Die Mandatsreferenz für die Abbuchungen wird mir separat mitgeteilt.

IBAN

BIC	Unterschrift (Einzugsermächtigung)
-----	------------------------------------

Ort, Datum	Unterschrift (Mitgliedschaft)
------------	-------------------------------