

Anmeldung zum 37. Allergiesymposium der nappa

Bitte senden Sie Ihre Anmeldung an unser Organisationsbüro:

DI-TEXT Frank Digel
Ruhwarder Straße 19, D-26969 Butjadingen-Ruhwarden
E-Mail: digel.f@t-online.de, Telefax: 04736/102536

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

Zum 37. Allergiesymposium der nappa am 29. und 30. November 2019 in Sylt/Westerland 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 29.11.2019, teilnehmen
 Ich werde nur am Samstag, dem 30.11.2019, teilnehmen

Teilnehmerbeiträge

- | | | | |
|---|----------|-----------|--|
| <input type="checkbox"/> 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* | |
| <input type="checkbox"/> 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* | |
| <input type="checkbox"/> Student und 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 07.11.2019) | | | |
| <input type="checkbox"/> Abendessen am Freitag, 29.11.2019
pro Person | | € 45,00 | |

Den gesamten Teilnehmerbeitrag in Höhe von € _____ habe ich am _____ 2019 auf das Konto DI-TEXT Frank Digel, IBAN: DE15 3705 0299 0197 0013 23, SWIFT-BIC: COKSDE33, bei der Kreissparkasse Köln unter dem Stichwort „37. AS Westerland und Teilnehmername“ überwiesen.

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)

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> A 1 | Fertigkeitenstation bei Anaphylaxie (begrenzte Teilnehmerzahl) |
| <input type="checkbox"/> A 2 | Kontaktallergie konkret – (Differential-) Diagnose in der Pädiatrie |
| <input type="checkbox"/> A 3 | Therapie der atopischen Dermatitis – rational und ganzheitlich |
| <input type="checkbox"/> A 4 | Erstvorstellung in der kinderärztlichen Lungensprechstunde: effiziente Anamnese und Patientenführung |
| <input type="checkbox"/> A 5 | Bauchschmerzen bei Kindern – Und wenn es doch eine Allergie ist? |
| <hr/> | |
| <input type="checkbox"/> B 1 | Schwere Rhinosinusitis im Kindesalter – neue Therapieoptionen |
| <input type="checkbox"/> B 2 | Phytotherapie bei Atemwegsinfektionen – Gewohnheit, Erfahrung, Evidenz? |
| <input type="checkbox"/> B 3 | Nicht-steroidale Therapie der atopischen Dermatitis |
| <input type="checkbox"/> B 4 | Anaphylaxie-Schulung – Was passt ambulant, was stationär? |
| <input type="checkbox"/> B 5 | Nahrungsmittelprovokationen – ambulant möglich? |
| <hr/> | |
| <input type="checkbox"/> C 1 | Versorgung von tracheotomierten/ heimbeatmeten Kindern |
| <input type="checkbox"/> C 2 | Asthma und Adipositas |
| <input type="checkbox"/> C 3 | Vorgehen bei Insektengiftallergie |
| <input type="checkbox"/> C 4 | Lungenfunktion in Zeiten von Smartphone & Co |
| <input type="checkbox"/> C 5 | HNO-Diagnostik und Therapie bei allergischer und nichtallergischer Rhinopathie |
| <hr/> | |
| <input type="checkbox"/> D 1 | Nahrungsmittelallergie: Häufiges, Seltene und selten Erkranktes |
| <input type="checkbox"/> D 2 | SCIT oder SLIT: Die Pro's und Con's gegenübergestellt |
| <input type="checkbox"/> D 3 | Manualmedizinische Untersuchungstechniken bei Atemwegserkrankungen... |
| <input type="checkbox"/> D 4 | Transition – eine Herausforderung |
| <input type="checkbox"/> D 5 | Tätigkeitsgeprüfter Hautschutzplan bei Jugendlichen mit Allergien – Prophylaxe von Berufsdermatosen |
| <hr/> | |
| <input type="checkbox"/> E 1 | Indikationen zur Hyposensibilisierung – Erstgespräch und Therapie-Adhärenz |
| <input type="checkbox"/> E 2 | Husten, Schnupfen, Ohrenschmerzen – Vorgehen bei Atemwegsinfektionen in der Praxis |
| <input type="checkbox"/> E 3 | Bronchoskopie-Indikationen im Kindesalter |
| <input type="checkbox"/> E 4 | Sport und Ernährung als (komplementäres) Therapeutikum des schweren Asthmas? |
| <input type="checkbox"/> E 5 | Erdnussallergietherapie |

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 des Poststempels 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.

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 e.V. (nappa)

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE54ZZZ00000386609

Westdeutsche Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische
Pneumologie und Allergologie e.V. (WAPPA)

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE14ZZZ00000667853

Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Pneumologie
und Allergologie e.V. (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)
------------	-------------------------------