

**40-STUNDEN GRUNKURSE UND FALLSEMINARE 2024/2025
ZUR ERLANGUNG DER ZUSATZBEZEICHNUNG PALLIATIVMEDIZIN**

Ich melde mich hiermit verbindlich zu folgendem Kurs an (bitte ankreuzen) und akzeptiere ich die AGB und die Datenschutzrichtlinien von PACE e.V. und Mari Punkt Bremen, veröffentlicht auf www.pace-ev.de und www.maripunktbremen.de.
Bitte beachten Sie den evtl. einzuhaltenden Mindestabstand von 6 Monaten zwischen dem ersten und letzten belegten Fallseminar und eine Anwesenheit in Präsenz von mind. 60 Stunden. Bitte informieren Sie sich bei Ihrer zuständigen ÄK.

		Basiskurs		Fallseminar Mod. 1		Fallseminar Mod. 2		Fallseminar Mod. 3
PRÄSENZ Worpswede 2025	<input type="checkbox"/>	19. - 23.11.2025	<input type="checkbox"/>	12. - 16.03.2025 WL	<input type="checkbox"/>	21. - 25.05.2025	<input type="checkbox"/>	15. - 19.01.2025
			<input type="checkbox"/>	15. - 19.10.2025	<input type="checkbox"/>	17. - 21.09.2025	<input type="checkbox"/>	26. - 30.03.2025
							<input type="checkbox"/>	25. - 29.06.2025
							<input type="checkbox"/>	24. - 28.09.2025
							<input type="checkbox"/>	26. - 30.11.2025
LIVE- WEBINAR ONLINE 2025	<input type="checkbox"/>	27.11.-01.12.2024 WL	<input type="checkbox"/>	20.-24.11.2024 WL				
	<input type="checkbox"/>	19.-23.02.2025 WL	<input type="checkbox"/>	19. - 23.03.2025	<input type="checkbox"/>	22. - 26.01.2025		
	<input type="checkbox"/>	07. - 11.05.2025	<input type="checkbox"/>	21. - 25.05.2025	<input type="checkbox"/>	23. - 27.04.2025		
	<input type="checkbox"/>	18. - 22.06.2025	<input type="checkbox"/>	27. - 31.08.2025	<input type="checkbox"/>	20. - 24.08.2025		
	<input type="checkbox"/>	10. - 14.09.2025			<input type="checkbox"/>	12. - 15.11.2025		
	<input type="checkbox"/>	05. - 09.11.2025						
	<input type="checkbox"/>	03. - 07.12.2025						

WL: Warteliste Stand: 19.11.2024

Bitte reservieren Sie für den o.g. Zeitraum ein Zimmer (nur für Präsenzkurse)

Anschrift: Titel, Vorname, Name: _____

Klinik/Praxis: _____ Fachrichtung: _____

Rechnung senden an:

dienstlich:

privat:

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Mobil-Nr.: _____

E-Mail: _____

Erfahrung in der Palliativmedizin (1=sehr viel bis 10= keine): _____

Datum, Unterschrift