## amedes Medizinische Dienstleistungen GmbH



Veranstalter/Veranstaltungsorganisation Monika Rudolph Haferweg 40 22769 Hamburg

Telefon +49 (0) 40.33 44 11-9966 Telefax +49 (0) 40.33 44 11-9969 veranstaltungen@amedes-group.com www.amedes-group.com

## Das junge Forum Köln

Herzlich willkommen!

Zu unserer 1. exklusiven Fortbildung im kleinsten kollegialen Kreis laden wir Sie herzlich ein.

Programm für Mittwoch, 11. September 2024 | 18.00-20.00 Uhr

18.00 Uhr Imbiss und Registrierung

18.30 Uhr Begrüßung & Einführung (G. Rahimi)

18.35 Uhr Kinderwunsch in der Praxis, sinnvolle Diagnostik und Therapie [G. Rahimi]

19.15 Uhr o-KFRL & Münchner Nomenklatur III im Zusammenhang | Unterschiedliche Abstrichmöglichkeiten und

deren Nutzen [A. Bergmann]

20.00 Uhr Ende der Veranstaltung

Gemeinsam mit Ihnen diskutieren wir Fragen aus dem Praxisalltag. Schreiben Sie gern zum Seminarthema konkrete Punkte auf Ihr Anmeldeformular. Wir integrieren Ihre Anliegen in das Seminar!

## Referierende

Anette Bergmann, (MIAC)

Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe; Gynäkologische Exfoliativzytologie amedes | MVZ Zentrum für Pathologie und Zytodiagnostik GmbH, Köln

## Prof. Dr. med. Gohar Rahimi

Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe; Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin; Spezielle Geburtshilfe und Perinatologie MVZ amedes für IVF- und Pränatalmedizin in Köln GmbH

Wir freuen uns auf Ihre Anmeldung und darauf, Sie vor Ort zu begrüßen.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. Gohar Rahimi Wissenschaftliche Leitung

Valérie Dorschel

amedes | Außendienst Region West

-----Online-Anmeldung per QR-Code rechts, über www.amedes-group.com oder Faxanmeldung an 0800 83 43 240 --

Ich komme am Mittwoch, 11. September 2024 | 18.00-20.00 Uhr

Bootshaus Alte Liebe | Rodenkirchener Leinpfad 1 | 50996 Köln Ort



Zertifizierung	2 Punkte beantragt – Ärztekammer Nordrhein															
Kosten	kostenfrei															
E-Mail-Adresse fü	r Ihre <b>Anmeldebestätigung</b>															
Meine Fragen/	/Fallberichte zum Thema:															
1																
2																
Titel, Vorname, Nam	ie															
<b>Praxisanschrift:</b> St	raße   PLZ   Ort															
 Telefon   Fax   Mo	philnummer															
relevon   rux   ivie	your arminer															
hre <b>EFN</b> zum E	Eindruck auf die Unterschriftenliste:															
ch willige ein, dass c verarbeitet und genu	chtliche Einwilligungserklärung: die hier angegebenen personenbezogenen Daten vom utzt werden: (1) für die Erstellung und den Versand vo gsmanagement (Teilnehmerlisten etc.). Diese Einwillig	n Vera	nstalt	ungsei	nladur	ngen u	ınd Ne	wslett	ern (po	ostalis	ch, pe	r Fax o	der pe	er E-M	1ail) un	d (2)
ich erkenne die	e Datenschutzrechtliche Einwilligungse	erkläi	rung	an:												

Ort | Datum Unterschrift | (Praxis-) Stempel