

## Fortbildungsveranstaltung im Januar 2019

### Präanalytik für die Arztpraxis

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, sehr geehrtes Praxisteam,

wir möchten Sie sehr herzlich einladen zu unserem Seminar „Präanalytik für die Arztpraxis“.

In der Veranstaltung wird thematisiert wie die Probenentnahme und -lagerung sowie der Probentransport die Qualität der Labordiagnostik entscheidend beeinflussen.

Termin: **Mittwoch, 23.01.2019, 14.00 – 17.00 Uhr**  
Ort: Schulungszentrum des MVZ Dr. Eberhard & Partner Dortmund (ÜBAG)  
Hansakontor 2. Etage, Silberstr. 22, 44137 Dortmund

#### Programm:

14.00 -14.05 Uhr	Begrüßung Dr. med. Petra Kappelhoff, MVZ Dr. Eberhard & Partner Dortmund
14.05 – 15.05 Uhr	Wozu gibt es so viele farbige Deckel? – Die kleine Probenmaterialkunde Dr. rer. nat. Falko Wünsche, MVZ Dr. Eberhard & Partner Dortmund (ÜBAG)
15.05– 15.30 Uhr	Praktische Übungen zur Venenpunktion, Handhabung von Probenmaterial und zu Transportvorgaben Nicola Urankar, Gisela Stegemann , MVZ Dr. Eberhard & Partner Dortmund (ÜBAG)
15.30 – 16.00 Uhr	Pause
16.00 – 16.45 Uhr	Mikrobiologie – Vom Untersuchungsmaterial bis hin zum zuverlässigen Befund Dipl. Biol. Michael Roszburg, MVZ Dr. Eberhard & Partner Dortmund (ÜBAG)
16.45 – 17.00 Uhr	Abschluss / Feedback

Die Veranstaltung ist im Rahmen der Zertifizierung der ärztlichen Fortbildung der Ärztekammer Westfalen-Lippe mit 3 Fortbildungspunkten (Kategorie A) anrechenbar.

Mit freundlichen, kollegialen Grüßen



Dr. med. Petra Kappelhoff, MVZ Dr. Eberhard & Partner Dortmund (ÜBAG)

## Anmeldung

MVZ Dr. Eberhard & Partner Dortmund

z.Hd. Frau Stegemann

Brauhausstr. 4

44137 Dortmund

Tel.: 0231 / 45 31 67 Mobil: 0172 / 2346428

**Rückantwort per Fax.: 0231 / 44 33 72** oder per Fahrdienst

Hiermit melde ich mich / uns zur Teilnahme an der Fortbildungsveranstaltung

### Präanalytik für die Arztpraxis

am Mittwoch, 23.01.2019 um 14.00 Uhr an. Ort der Veranstaltung ist das Schulungszentrum des MVZ Dr. Eberhard & Partner Dortmund, Silberstr. 22, Hansakontor, 2. Etage, 44137 Dortmund.

Personenzahl: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Praxis: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

(Praxisstempel)

---

Ort, Datum

Unterschrift

Anfahrtsskizze und Anmeldebestätigung werden Ihnen zugesandt.

@