

B**BAYERISCHE LANDESAPOTHEKERKAMMER****03.04.2012 – Seite 1****L****Einladung zur Fortbildung in München**

Sehr geehrte Damen und Herren,
für Ihre Terminplanung möchten wir Sie auf diesem Weg über eine **Fortbildung in München für
Approbierte** informieren:

Zertifikatfortbildung Palliativpharmazie**Kursnummer BYA125002****A**

Inhalt: Apotheken sind neben Klinik, Praxis oder Ambulanz zentrale Orte der Beratung kranker Menschen und ihrer Angehörigen. Mit der Implementierung allgemeiner und spezialisierter Palliativversorgung in unser Gesundheitssystem wird die Schlüsselrolle der Fachkräfte in Apotheken in der Versorgungskette besonders evident. In der 6-tägigen Zertifikatfortbildung werden u.a. folgende Inhalte besprochen: Grundlagen der Palliativmedizin, Behandlung von Schmerzen und anderen Symptomen, Umgang mit Patienten und Angehörigen, Umgang mit Trauer, Ethische und rechtliche Fragestellungen am Lebensende, Reflexion der eigenen Haltung und Rolle, multiprofessionelle Zusammenarbeit.

K

Bei Erfüllung folgender Voraussetzungen wird ein Zertifikat ausgestellt: Der Besuch der 40 Unterrichtseinheiten, Nachweis einer dreitägigen Hospitation in einem Hospiz, auf einer Palliativstation oder bei einem ambulanten Palliativdienst, Einreichen einer Falldokumentation.

Referenten: Frau Apothekerin Constanze Rémi u. weitere Referenten der Christophorus Akademie

Termine und Veranstaltungsort:

München, Christophorus Akademie, Klinikum Großhadern, Marchioninstr. 15,
Teil I 18.06.12 (10:00-17:30) / 19.06.12 (9:00-18:30) / 20.06.12 (9:00-13:30)
Teil II 12.07.12 (11:00-18:30) / 13.07.12 (9:00-18:30) / 14.07.12 (9:00-13:30)

Die **Kursgebühr** beträgt € 500, –. Sie erhalten eine Anmeldebestätigung.

Teilnahmebedingungen: <http://www.blak.de/teilnahmebedingungen.html>

Ich/Wir nehme/n am Kursnr. BYA125002 teil:

Name : _____ Vorname: _____ Beruf: _____

Name : _____ Vorname: _____ Beruf: _____

Apotheke: _____

Straße/Nr.: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Erteilung einer einmaligen Einzugsermächtigung (Bitte vollständig ausfüllen)

Bankverbindung: _____

Kontonummer: _____ Bankleitzahl: _____

Name des Kontoinhabers: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____