

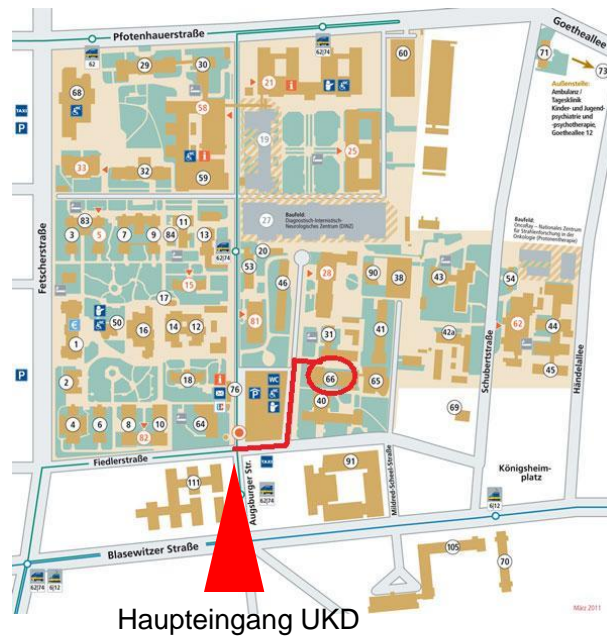
An
Carl Gustav Carus Management GmbH
Fetscherstr. 74
01307 Dresden

Fax: 0351 - 458 6323

Veranstalter / Organisation:
Carl Gustav Carus Management GmbH
Fetscherstr. 74
01307 Dresden

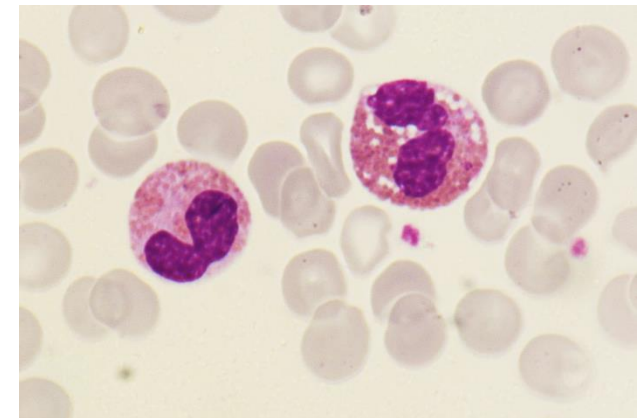
Veranstaltungsort:
Universitätsklinikum Dresden
Haus 66 Konferenzraum im Dachgeschoß,
Fetscherstr.74
01307 Dresden

Anfahrtskizze:



Hämatologischer Abend

„Eosinophilie/systemische Mastozytose“



Mittwoch,
30.01.2019

17.30-20.00 Uhr

Grußwort

Sehr geehrte Kollegen,

das Ursachenspektrum der Eosinophilie ist weit und reicht von harmlosen Allergien bis zu lebensbedrohlichen hämatologischen Systemerkrankungen. Letztere sollen Thema unseres aktuellen hämatologischen Workshops sein.

Da diese Erkrankungen häufig eine Herausforderung in der Diagnostik und im Management darstellen, freuen wir uns, dass wir mit Prof. Dr. med. Andreas Reiter und Prof. Dr. med. Hans-Peter Horny an diesem Abend zwei international führende Experten aus diesem Bereich gewinnen konnten, welche anhand verschiedener Kasuistiken die Diagnostik und das Management Eosinophilie-assoziiierter hämatologischer Neoplasien, sowie speziell der systemischen Mastozytose praxisnah diskutieren werden.

Wir freuen uns auf eine anregende und interaktive Veranstaltung und verbleiben mit besten Grüßen,

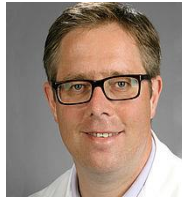
Dr.med. K. Sockel
Med. Klinik und Poliklinik I
Universitätsklinikum Dresden

Prof. Dr.med. M. Bornhäuser
Med. Klinik und Poliklinik I
Universitätsklinikum Dresden

Programm

Ab 17.00Uhr Zusammentreffen und
kleiner Imbiss

17.30-20.00 Eosinophilie und systemische
Mastozytose praxisnah -
aus der Sicht des
Hämatologen und des Pathologen



Prof. Dr. med. A. Reiter
Universitätsklinik Mannheim
*FA für Innere Medizin und
Hämatologie/Onkologie,
Europäisches Referenzzentrum für
Mastozytose*

und



Prof. Dr. med. H.-P. Horny
LMU München
*FA für Pathologie ,
Europäisches Referenzzentrum für
Mastozytose*

Anmeldung

Über Ihr Kommen würden wir uns sehr freuen und bitten um Anmeldung bis zum 15.01.2018:

Anzahl der teilnehmenden Personen: _____

Anrede*: _____

Vorname*: _____

Nachname*: _____

Adresse*: _____

PLZ, Ort*: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Eine Zertifizierung der Veranstaltung wurde bei der Sächsischen Landesärztekammer beantragt.

Der Firma Novartis danken wir für die Unterstützung bei der Vorbereitung und Durchführung des Workshops.

