

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus

Klinik und Poliklinik für Neurologie

Direktor: Prof. Dr. med. H. Reichmann

Bereich Epileptologie

FOA Dr. M. Lesser



Einladung zum EEG Arbeitskreis

am 07.10.2020, 18 Uhr

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit möchten wir Sie sehr herzlich zum unserem nächsten

EEG Arbeitskreis einladen. In bewährter Form bietet sich im kollegialen Gespräch die Möglichkeit, EEGs bzw. Patientenfälle aus dem Bereich Epileptologie gemeinsam zu diskutieren.

Programm:

18.00Uhr	Begrüßung
18.00Uhr- 20.00Uhr	Kasuistiken und EEGs der Gäste sowie der Referenten
20.00Uhr	Zusammenfassung und Verabschiedung

Carl Gustav Carus Dresden
an der Technischen
Universität Dresden
Anstalt des öffentlichen Rechts
des Freistaates Sachsen

Hausanschrift:
Fetscherstraße 74
01307 Dresden
Telefon 0351 458 -0

Epilepsiespezialambulanz
Telefon 0351- 458- 3276

NCH-S3 Epilepsiestation
Telefon 0351- 458- 6990

Fortbildungspunkte der SLÄK und DgfE wurden beantragt und bestätigt.

Unterstützt wird die Veranstaltung von den Firmen (UCB & BIAL – je 500€ Eisai - 250€):



Die Carl Gustav Carus Management GmbH zeichnet für die vertragliche und finanzielle Abwicklung der Veranstaltung verantwortlich

Herzliche Grüße,

Dr. G. Leonhardt, Dr. M. Lesser

Abt. Epileptologie,

Universitätsklinikum Dresden

Für die Veranstaltung wurde ein Hygienekonzept erstellt ist vor Ort einsehbar. Wir bitten um **das Mitführen und durchgängige Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes**. Es wird eine Dokumentation der Anwesenheit und Kontaktdatenerhebung der Teilnehmer, sowie eine anschl. datenschutzkonforme Entsorgung der Kontaktdaten erfolgen.

Bei technischen Fragen (insbesondere bei digitaler EEG-Ableitung) können Sie sich schon vorab an uns wenden.


(Email: martin.lesser@uniklinikum-dresden.de)

Wir bitten Sie, sich bis um 30.09.2020 anzumelden.

Antwort per FAX oder E-Mail

Fax: 0351-458-6360 (z.Hd. Dr. M. Lesser)

An der Fortbildungsveranstaltung am 07.10.2020 im Universitätsklinikum Dresden/DINZ, Raum 0.637, Erdgeschoß Fetscherstr. 74 01307 Dresden nehme ich teil. Ich erkläre mich mit den Maßnahmen des Hygienekonzeptes einverstanden.



Praxis- Anschrift/ Stempel

Datum

Name, Unterschrift