

Patienten-Tag – allo-Transplantation

Mainz, 16. April 2016 in der Universitätsmedizin Mainz, Langenbeckstr. 1, Geb. 708

Anmeldung

Bitte bis spätestens 09. April 2016

per Fax-Nr. 06142-175 642

per E-Mail: buero@LHRM.de

An

Leukämiehilfe RHEIN-MAIN e.V.

Büro Haßlocher Str. 118

65428 Rüsselsheim

Ich/Wir nehme/n mit insgesamt ____ Personen am Patienten-Tag teil.

Bitte tragen Sie die Anzahl der teilnehmenden Personen zu den jeweiligen Workshops ebenfalls ein, damit wir die Räume entsprechend zuteilen und die Tages-Verpflegung bestellen können.

Achtung:

Die drei Workshops einer Gruppe finden jeweils parallel statt!

11:00 Uhr Workshop 1 – GvHD

- ___ WS 1a – Mundschleimhaut Ref.: Prof. Dr. W. Wagner, Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie, UM Mainz
- ___ WS 1b – Augen Ref.: Dr. A. Brüning, Augenklinik, UM Mainz
- ___ WS 1c – Gynäkologie (nur Frauen) Ref.: Dr. A. Seeger, Geburtshilfe u. Frauenkrankheiten/UM Mainz

11:45 Uhr Workshop 2

- ___ WS 2a – Sozialmedizinische Aspekte Ref.: L. Bonnet-Tullius, Sozialdienst, UM Mainz
- ___ WS 2b – Hautpflege Ref.: Dr. B. Lang, Hautklinik, UM Mainz
- ___ WS 2c – Naturheilkunde/Homöopathie/
Komplementäre Medizin Ref.: Dr. E. Wagner, III. Med. Klinik, UM Mainz

14:00 Uhr Workshop 3 – Fit für den Alltag

- ___ WS 3a – Sport u. Krankengymnastik Ref.: Prof. Dr. P. Simon/D. Pfirrmann, Sportwissenschaft, Universität Mainz
- ___ WS 3b – Gedächtnis u. Ergotherapie Ref.: Dr. E. Wagner, III. Med. Klinik, UM Mainz/ M. Lauben, Ergotherapeut
- ___ WS 3c – Psychologie und Coping Ref.: Dr. A. Werner, Psychosomat. Medizin u. Psychotherapie, UM Mainz

Bitte geben Sie die Vor- und Zunamen von **allen** teilnehmenden Personen an, damit wir die Teilnehmer-schilder danach vorbereiten können.

Wir versichern, dass die Daten nicht an Dritte weitergegeben werden!

Name Vorname

Name Vorname

Name Vorname

Name Vorname

Anschrift / Tel.-Nr. oder E-Mail unter der wir eventuelle Informationen vermitteln können