

## ...Organisation und Kontakt...

**Termine:** Teil 1: 02.03. + 03.03.2012  
Teil 2: 16.03. + 17.03.2012  
Teil 3: 23.03. + 24.03.2012

jeweils freitags 15 - 20:30 Uhr  
samstags 9 - 17 Uhr

**Veranstalter:** Home Care Berlin e.V und PZBB e.V

**Kursleitung:** 1. Teil- Dipl. Med. Matthias Passon  
**Moderation:** 2. Teil- Dr. med. Thomas Schindler  
3. Teil- Dr. med. Thomas Jehser

**Anmeldung:** Katrin Berger  
-Organisatorische Leitung-  
Geschäftsstelle des Home Care Berlin e.V.  
Brabanter Str. 21  
10713 Berlin  
Tel. 030 453 43 48  
Fax. 030 3910 46 91  
E-Mail: k.berger@homecareberlin.de

**Kosten:** 500,- Euro pro Teilnehmer. Wir bitten um eine Anzahlung von 100 Euro bei Anmeldung. **Anmeldeschluss ist der 17.2.2012.** Der Gesamtbetrag wird am 17.2.2012 fällig. Stornierung: Bei Absage bis 10 Tg. vor Kursbeginn berechnen wir eine Bearbeitungsgebühr von 50 Euro. Nachmeldungen sind grundsätzlich möglich. Jede Absage oder Änderung bedarf der Schriftform. Bei Absage nach dem 24.2.2012 wird der Rechnungsbetrag als Ausfallgebühr in voller Höhe fällig, wenn kein Ersatzteilnehmer benannt wird, bzw. der Platz nicht besetzt werden kann.

## ...Veranstaltungsort...



**Ort:** Unionhilfswerk  
Senioreneinrichtungen gGmbH  
Pflegewohnheim  
„Am Plänterwald“  
Seminarzentrum  
Neue Krugallee 142  
12437 Berlin

Verkehrsanbindung:  
S-Bahn bis Baumschulenweg  
Weiter 10 min Fußweg oder mit Bus  
167 bis Eichbuschallee

### Kontodaten:

**Berliner Sparkasse**  
**BLZ 100 500 00**  
**Kontonummer: 022 00 33 6 33**  
**Zahlungsgrund: Basiskurs Herbst 2011**  
bitte Namen hinzufügen



HOME CARE BERLIN e.V. und PZBB e.V.

## Berliner Basiskurs Palliativmedizin

nach dem Curriculum der Deutschen  
Gesellschaft für Palliativmedizin

für Ärzte, Pflegende und alle  
Berufsgruppen, die an der Versorgung  
von Palliativpatienten beteiligt sind

**Teil 1:** 02.03. und 03.03.2012  
**Teil 2:** 16.03. und 17.03.2012  
**Teil 3:** 23.03. und 24.03.2012



**Anmeldung (Fax-Nr.3910 46 91)**

Ich melde mich verbindlich zu folgendem  
Kurs an:

**Palliativmedizin Basiskurs**

Vorname: .....

Name: .....

Fachrichtung: .....

Arbeitgeber: .....

Anschrift:  
.....

.....

Anschrift privat:  
.....

.....

Tel. dienstl. : .....

Tel. priv.: .....

E-Mail: .....

Datum: .....

Unterschrift: .....