

29. bis 30. April 2022 17. HÄMATOLOGISCHES SYMPOSIUM

Veranstaltungsort

Kongresshotel Potsdam am Templiner See
Am Luftschiffhafen 1 · 14471 Potsdam

WISSENSCHAFTLICHE LEITUNG Prof. Dr. Philipp le Coutre, Charité Universitätsmedizin Berlin
Oberarzt, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Hämatologie, Onkologie und Tumormunologie, Campus Virchow Klinikum, Charité Universitätsmedizin Berlin
EINGELADENE REFERENTEN Prof. Dr. Björn Chapuy, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Hämatologie, Oberarzt, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Hämatologie, Charité Universitätsmedizin Berlin
Prof. Dr. Frederik Damm, Oberarzt, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Hämatologie, Onkologie und Tumormunologie, Campus Benjamin Franklin, Charité Universitätsmedizin Berlin
Prof. Dr. Axel Nogaï, Oberarzt, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Hämatologie, Onkologie und Tumormunologie, Campus Benjamin Franklin, Charité Universitätsmedizin Berlin
Prof. Dr. Jörg Westermann, Oberarzt, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Hämatologie, Onkologie und Tumormunologie, Campus Virchow Klinikum, Charité Universitätsmedizin Berlin
Prof. Dr. Ikkang Na, Oberärztin, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Hämatologie, Onkologie und Tumormunologie, Campus Virchow Klinikum, Charité Universitätsmedizin Berlin

Für die Veranstaltung wurden Fortbildungspunkte bei der Landesärztekammer Brandenburg beantragt. MedConcept GmbH, Friedenstraße 58, 15366 Neuenhagen b. Berlin
Telefon: 03342 42689-30, Fax: 03342 42689-40, E-Mail: info@medconcept.org

ORGANISATORISCHE HINWEISE Bei Teilnahmewunsch senden Sie bitte umgehend die Anmeldekarte an den angegebenen Kontakt des Organisationszentrums zurück. Die Einladung zu diesem Fortbildungsangebot beinhaltet das wissenschaftliche Seminar, Tagungsgetränke, Abendessen und Mittagssbuffet inkl. Getränke sowie falls notwendig eine Übernachtung im Tagungshotel. Alle darüber hinaus gehenden Kosten wie Telefonnutzung, weitere Getränke o. Ä. müssen vom Teilnehmer selbst getragen werden.

Bitte
ausreichend
frankieren!

Gesellschaft für medizinische Projekte mbH

MEDCONCEPT

Friedenstraße 58
15366 Neuenhagen bei Berlin

PROGRAMM

Freitag, 29. April 2022

- 17.55 Uhr Begrüßung
Prof. Dr. Philipp le Coutre
- 18.00 Uhr **Klonale Hämatopoese**
Prof. Dr. Frederik Damm
- 19.00Uhr Abendessen

Samstag, 30. April 2022

- 09.00 Uhr **Die Akute Myeloische Leukämie – Update 2022**
Prof. Dr. Jörg Westermann
- 09.30 Uhr **Update Multiples Myelom**
Dr. Axel Nogai
- 10.00 Uhr **Update Myelodysplastische Syndrom**
Prof. Dr. Jan Krönke
- 10.30 Uhr Kaffeepause
- 11.00 Uhr **Update Indolente NHL**
Prof. Dr. Il-Kang Na
- 11.30 Uhr **Aggressive NHL**
Prof. Dr. Björn Chapuy
- 12.00 Uhr **Update Chronische myeloische Leukämie und
Chronische Myeloproliferative Neoplasien**
Prof. Dr. Philipp le Coutre
- 12.30 Uhr **ITP Fallvorstellungen**
Dr. Oliver Henke
- 13.00 Uhr Verabschiedung und Abschlussimbiss



Vor Ort gilt die 2G-Regel

Bitte halten Sie Ihren digital
verifizierbaren Impfnachweis oder
Genesenen-Nachweis bereit.

ANMELDEKARTE Bitte per Post, Fax oder E-Mail senden an: MedConcept GmbH, Friedenstraße 58, 15366 Neuenhagen

E-Mail: info@medconcept.org, Fax: 03342 42689-40

Verbindliche Anmeldung bis zum 15. April 2022 erbeten.

17. Hämatologisches Symposium - 29./30. April 2022 - Kongresshotel Potsdam - Am Luftschiffhafen 1 - 14471 Potsdam

Bitte leserlich in Druckschrift ausfüllen.

Praxis/Einrichtung _____

Titel/Vorname/Name _____

PLZ/Ort _____

Straße _____

Telefon _____

E-Mail _____

Hiermit melde ich mich verbindlich für die o.g. Veranstaltung an. Reisekosten werden vom Veranstalter **NICHT** erstattet. Ein begrenztes kostenfreies Zimmerkontingent steht zur Verfügung, die Vergabe erfolgt nach Eingang der Anmeldung. Die Mitnahme von Begleitpersonen ist nicht gestattet.

Hiermit melde ich mich verbindlich zu der o.g. Veranstaltung an.*

Ich bin selbstständig niedergelassene Ärztin/niedergelassener Arzt in o.a. Praxis.*

Ja, ich benötige ein kostenfreies Einzelzimmer vom 29. zum 30. April 2022.*

Ich bin angestellte Ärztin/angestellter Arzt in o.a. Einrichtung.**

Nein, ich benötige KEINE Übernachtungsmöglichkeit.*

**Hiermit genehmigen wir die Teilnahme unserer Mitarbeiterin/unsere Mitarbeiter an der o.g. Fortbildung.

Datum/Unterschrift _____

Datum/Stempel/Unterschrift des Dienstherrn _____

* Zutreffendes bitte ankreuzen.