

Praxisname: _____
Anschrift: _____
Telefonnr: _____
E-Mail: _____

Vor- u. Nachname	Frühstück ja/nein	Mittag ja/nein	Fortbildungsnummern	Fortbildungsnummer	Uhrzeit	Fortbildungsname
				1	08:30 - 09:30	1. Antibiotikatherapie
				2	08:30 - 09:30	2. DMP Asthma/COPD
				3	08:30 - 09:30	3. Wundversorgung
				4	9:45 - 10:45	4. Verbände
				5	9:45 - 10:45	5. Kardiologie/Intervention
				6	9:45 - 10:45	6. Reanimation
				7	11:00 - 12:00	7. Notfalltraining /Erste Hilfe
				8	11:00 - 12:00	8. DMP Diabetes
				9	11:00 - 12:00	9. Honorarlotse
				10	13:00 - 14:00	10. Hygiene
				11	13:00 - 14:00	11. Datenschutz, Schweigepflicht, Dokumentation
				12	13:00 - 14:00	12. DMP Kardiologie
				13	14.15 - 15.15	13. Brandschutz, Feuerlöschtraining, Fluchtwege
				14	14.15 - 15.15	14. IT Sicherheit in Arztpraxen
				15	14.15 - 15.15	15. Neue GOÄ
				16	15:30 - 16.30	16. Niereninsuffizienz
				17	15:30 - 16.30	17. Neue GOÄ