

Anmeldung

Anmeldung bitte per Fax an: +49 (5424) 220-444 oder per Post an: Sekretariat der Initiative '93 Technische Orthopädie, RehaKlinikum Bad Rothenfelde, Klinik Münsterland, Frau Heike Schulz, Auf der Stöwwe 11, 49214 Bad Rothenfelde

44. Fort- und Weiterbildungskurs der Initiative '93 Technische Orthopädie

Modul 1 und 2

12.-14.09.2025

Amputationschirurgie, Prothesenversorgung, Schuhtechnik, Kompressionstherapie
BG Unfallklinik Frankfurt am Main gGmbH, Friedberger Landstraße 430, 60389 Frankfurt am Main

Wissenschaftliche Leitung: Dr. Benner

Anmeldung: Heike Schulz/Laura Henkefend, e-mail: heike.schulz@initiative93.de

Tel. +49 (5424) 220-100 / Fax +49 (5424) 220-444

Kursgebühr für Mitglieder in DGOOC/DGOU, BVOU oder

Weiterbildung FÄ/FA für Orthopädie/Unfallchirurgie

350,00 EUR

Kursgebühr Nichtmitglieder und Andere

450,00 EUR

Modul 3 und 4

14.-15.02.2025

Orthetik, Rollstuhlversorgung, Neuroorthopädie, Kinderorthopädie
Orthopädische Universitätsklinik Heidelberg, Schlierbacher Landstraße 200a, 69118 Heidelberg

Wissenschaftliche Leitung: Priv.-Doz. Dr. med. Putz, Prof. Dr. med. Greitemann, M. Alimusaj

Anmeldung: Heike Schulz, e-mail: heike.schulz@initiative93.de

Tel. +49 (5424) 220-100 / Fax +49 (5424) 220-444

Kursgebühr für Mitglieder in DGOOC/DGOU, BVOU oder

Weiterbildung FÄ/FA für Orthopädie/Unfallchirurgie

350,00 EUR

Kursgebühr Nichtmitglieder und Andere

450,00 EUR

Modul 5

Ende November 2025

Refresher- und Prüfungskurs in der Bundesfachschule für Orthopädietechnik, Schliepstraße 6 – 8, 44135 Dortmund

Leitung: Prof. Dr. med. Greitemann, Herr Kokegei

Anmeldung: Heike Schulz/Laura Henkefend, e-mail: heike.schulz@initiative93.de

Tel. +49 (5424) 220-100 / Fax +49 (5424) 220-444

Kursgebühr für Mitglieder in DGOOC/DGOU, BVOU oder

Weiterbildung FÄ/FA für Orthopädie/Unfallchirurgie

250,00 EUR

Kursgebühr Nichtmitglieder und Andere

350,00 EUR

Ich bin Mitglied in:

- DGOOC/DGOU, Mitgliedsnr.: _____ BVOU, Mitgliedsnr.: _____
- Ich befinde mich in Weiterbildung FÄ/FA für Orthopädie/Unfallchirurgie
(bitte Chefarztbescheinigung beilegen oder siehe unten)
- Nichtmitglieder und andere Ärztinnen/Ärzte
- Orthopädietechniker/Orthopädieschuhtechniker

Absender

Name/Vorname

Klinik/Institut

Straße, PLZ, Ort

Telefon _____

Telefax _____

e-mail _____

Rechnungsanschrift

Von der Gesamtteilnehmergebühr sind zunächst als Anzahlung nach Erhalt der Teilnahmebestätigung 100 Euro zu zahlen. Der Restbetrag wird 2 Wochen vor Kursbeginn fällig. Beträgt der Zeitraum zwischen Anzahlungs- und Restzahlungstermin nicht mindestens 4 Wochen, bitten wir um Vollzahlung. Eine Teilberechnung der Kursgebühr ist nicht möglich.

Muss eine Veranstaltung aus unvorhersehbaren Gründen kurzfristig durch die Initiative 93 Technische Orthopädie abgesagt werden, erfolgt eine sofortige Benachrichtigung. In diesem Fall besteht für die Initiative 93 Technische Orthopädie nur die Verpflichtung zur Rückerstattung der evtl. bereits gezahlten Teilnehmergebühr. In jedem Fall beschränkt sich die Haftung der Initiative 93 Technische Orthopädie lediglich auf die Teilnehmergebühr.

Abmeldungen müssen grundsätzlich schriftlich erfolgen. Stornierungen sind bis spätestens vier Wochen vor Veranstaltungsbeginn kostenlos möglich. Bei Stornierungen, die weniger als vier Wochen vor Veranstaltungsbeginn eingehen, wird eine Bearbeitungsgebühr von 50,00 Euro erhoben. Bei Nichtteilnahme ohne vorherige Abmeldung ist die volle Gebühr zu entrichten.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Adresse den Donatoren der Initiative 93 Technische Orthopädie (Firmen Bauerfeind AG, medi und Otto Bock HealthCare) bekannt gegeben wird.

Datenschutzerklärung

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Ihre uns mit der Anmeldung übermittelten Daten in unserer Datenbank zur Abwicklung des Fort- und Weiterbildungskurses im Rahmen der Zulässigkeit der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes verwendet und gespeichert werden. Ggf. nutzen wir diese Daten auch, um Sie über weitere Module der Fortbildungsreihe zu informieren. Der Datenschutz wird hierbei streng beachtet.

Auf Ihr Widerspruchsrecht möchten wir ausdrücklich hinweisen.

Ich melde mich verbindlich an und überweise nach Erhalt der Anmeldebestätigung die Anzahlung von 100,00 Euro sowie bis spätestens 14 Tage vor Kursbeginn die restliche Kursgebühr von insgesamt _____ Euro.

Deutsche Apotheker- und Ärztebank e. V. Münster, Filiale Osnabrück
IBAN DE05 3006 0601 0102 9113 45,
BIC DAAEDEDXXX
Inh. Prof. Dr. med. B. Greitemann,
Stichwort: 44. Fort- und Weiterbildungskurs TO, Modul _____

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift

Bescheinigung

Hiermit wird bescheinigt, dass sich

Frau/Herr _____

in der Weiterbildung zum FA für Orthopädie/Unfallchirurgie befindet.

Ort/Datum

Unterschrift Chefarzt
Stempel