

# Anmeldung zum 35. Allergiesymposium der nappa

Bitte senden Sie Ihre Anmeldung an unser Organisationsbüro:

**DI-TEXT** Frank Digel

Ruhwarder Straße 19, 26969 Butjadingen-Ruhwarden

Telefon: 04736/102534, **Telefax: 04736/102536**

**DI-TEXT** Frank Digel

Ruhwarder Straße 19

26969 Butjadingen-Ruhwarden

Zum 35. Allergiesymposium der nappa am 10. und 11. November 2017 in Hamburg melde ich mich verbindlich an:

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

\_\_\_\_\_  
Titel, Vorname, Nachname

\_\_\_\_\_  
Adresszusatz

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon, Telefax

\_\_\_\_\_  
E-Mail

Ich bin Mitglied der nappa/GPA:  ja  nein

Ich werde an beiden Tagen der Veranstaltung teilnehmen

Ich werde nur am Freitag, dem 10.11.2017, teilnehmen

Ich werde nur am Samstag, dem 11.11.2017 teilnehmen

## Teilnehmerbeiträge

### nappa/GPA Mitglied

Freitag / Samstag € 110,00 € 150,00\*

Tageskarte Freitag € 80,00 € 110,00\*

Tageskarte Samstag € 70,00 € 100,00\*

### Nichtmitglied

Freitag / Samstag € 150,00 € 190,00\*

Tageskarte Freitag € 100,00 € 130,00\*

Tageskarte Samstag € 90,00 € 120,00\*

### Student oder Mitarbeiter

aus Pflege oder medizinisch technischer Assistenz  
(nur mit beigefügtem Nachweis)

Freitag / Samstag € 55,00 € 75,00\*

Tageskarte Freitag € 35,00 € 50,00\*

Tageskarte Samstag € 35,00 € 50,00\*

(\* Bei Anmeldung oder Zahlungseingang ab dem 20.10.2017)

Abendessen am Freitag, 10.11.2017  
pro Person € 40,00

Ich werde an folgenden Arbeitsgruppen teilnehmen:

(Bitte kennzeichnen Sie bei A, B, C, D und E jeweils mit X Ihre erste Wahl und mit A eine Alternative)

- A 1** Allergologische Hauttestung praktisch
- A 2** Der Arzt als Arbeitgeber – von AZUBI bis QM in der Allergologie
- A 3** Dysfunktionelle Atemstörung und Musik
- A 4** Mit Bauchschmerzen beim Allergologen oder mit Allergie beim Gastroenterologen
- A 5** Thoraxsonographie mit praktischen Demonstrationen
- 
- B 1** Pro/Con: Die SIT gegen HSM-Allergie hilft bei Asthma
- B 2** Akupunkturadeltechniken bei Kindern
- B 3** Hyposensibilisierung: Arbeitsabläufe und Organisation in der niedergelassenen Praxis/Ambulanz
- B 4** Das rote Baby: DD des schwer(st)en Säuglingsekzems
- B 5** Status asthmaticus: Management in Praxis und Klinik
- 
- C 1** Umweltbelastung durch Landwirtschaft
- C 2** Immundefekte im Kindesalter – Wann dran denken, welche Therapien sind möglich?
- C 3** Von der rezidivierenden Otitis zur chronischen Sinusitis – Alles Allergie?
- C 4** Kochen, backen, Gentechnik – Welche Einflüsse hat dies auf Nahrungsmittelallergene?
- C 5** Hyposensibilisierung – Wissen wir, was wir tun?
- 
- D 1** Pneumonie im Kindesalter – Neue Leitlinie
- D 2** Pädiatrische Pneumologie in Äthiopien
- D 3** Nahrungsmittelallergien: Welche Diagnostik ist sinnvoll?
- D 4** CF-Screening- Wie läuft's?
- D 5** Nebenwirkungen bei der subkutanen Immuntherapie im Kindesalter – Aktuelle Studiendaten aus Deutschland
- 
- E 1** Autoinjektoren bei Anaphylaxie – Wer, wann, wie viele?
- E 2** Allergie und Impfen
- E 3** Reha – Endlich mal was Neues!
- E 4** Kompetenznetz Patientenschulung: KomPaS und ModuS
- E 5** Von der Lufu über das Röntgen zur Bronchoskopie

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir aus organisatorischen Gründen eine endgültige Reservierung erst nach vollständigem Zahlungseingang vornehmen können. Bei Stornierung der Teilnahme vor Veranstaltungsbeginn – Datum des Poststempels bzw. Fax – erfolgt die Rückerstattung der Teilnehmergebühr abzüglich einer Bearbeitungsgebühr von € 15,00. Nach Beginn der Veranstaltung erfolgt die volle Berechnung der Teilnehmergebühr. Ein Ersatzteilnehmer kann gestellt werden.

Den gesamten Teilnehmerbeitrag in Höhe von € \_\_\_\_\_ habe ich am \_\_\_\_\_ 2017 auf das Konto **DI-TEXT** Frank Digel, IBAN: DE15 3705 0299 0197 0013 23, SWIFT-BIC: COKSDE33, bei der Kreissparkasse Köln unter dem Stichwort „35. AS Hamburg und Teilnehmername“ überwiesen.

Bitte ausfüllen und unterschrieben absenden an:  
nappa e.V. Horst Reibisch, Rehbarg 12, 24782 Büdelsdorf



# Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich die Aufnahme in die

Norddeutsche Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische  
Pneumologie und Allergologie (nappa)

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE54ZZZ00000386609

Westdeutsche Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische  
Pneumologie und Allergologie (WAPPA)

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE14ZZZ00000667853

Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Pneumologie  
und Allergologie (APPA)

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE58ZZZ00000954278

Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Allergologie  
und Pneumologie Süd e.V. (AGPAS)

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE56ZZZ00000829184

Akad. Titel	Vorname	Name
-------------	---------	------

Dienstadresse	Zustelladresse? Dann bitte ankreuzen: <input type="radio"/>
---------------	---

Tel.	Fax	E-Mail
------	-----	--------

Privatadresse	Zustelladresse? Dann bitte ankreuzen: <input type="radio"/>
---------------	---

Tel.	Fax	E-Mail
------	-----	--------

Niedergelassener Arzt

Klinikarzt

Facharzt für .....

Zusatzbezeichnung:  Allergologie  Päd. Pneumologie  Umweltmedizin

Ich ermächtige die oben ausgewählte Arbeitsgemeinschaft, den gültigen Mitgliedsbeitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dieser Arbeitsgemeinschaft auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Die Mandatsreferenz für die Abbuchungen wird mir separat mitgeteilt.

IBAN
------

BIC	Unterschrift (Einzugsermächtigung)
-----	------------------------------------

Ort, Datum	Unterschrift (Mitgliedschaft)
------------	-------------------------------