

# Anmeldung zum 34. Allergiesymposium der nappa

Bitte senden Sie Ihre Anmeldung an unser Organisationsbüro:

Fax: 04736 / 102536

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 34. Allergiesymposium der nappa am 25. und 26. November 2016 in Kiel 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

## Teilnehmerbeiträge

### nappa/GPA Mitglied

- |   |          |           |
|---|----------|-----------|
| <input type="checkbox"/> Freitag / Samstag  | € 110,00 | € 150,00* |
| <input type="checkbox"/> Tageskarte Freitag | € 80,00  | € 110,00* |
| <input type="checkbox"/> Tageskarte Samstag | € 70,00  | € 100,00* |

### Nichtmitglied

- |   |          |           |
|---|----------|-----------|
| <input type="checkbox"/> Freitag / Samstag  | € 150,00 | € 190,00* |
| <input type="checkbox"/> Tageskarte Freitag | € 100,00 | € 130,00* |
| <input type="checkbox"/> Tageskarte Samstag | € 90,00  | € 120,00* |

### Student oder Mitarbeiter

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

- |   |         |          |
|---|---------|----------|
| <input type="checkbox"/> Freitag / Samstag  | € 55,00 | € 75,00* |
| <input type="checkbox"/> Tageskarte Freitag | € 35,00 | € 50,00* |
| <input type="checkbox"/> Tageskarte Samstag | € 35,00 | € 50,00* |

(\* Bei Anmeldung oder Zahlungseingang ab dem 04. 11. 2016)

- Abendessen am Freitag, 25.11.2016  
pro Person € 40,00

Den gesamten Teilnehmerbeitrag in Höhe von € \_\_\_\_\_ habe ich am \_\_\_\_\_ 2016 auf das Konto **DI-TEXT** Frank Digel, IBAN: DE15 3705 0299 0197 0013 23, SWIFT-BIC: COKSDE33, bei der Kreissparkasse Köln unter dem Stichwort „34. AS Kiel und Teilnehmername“ überwiesen.

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.

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** Molekulare Allergiediagnostik
- A 2** Neue Therapie-Optionen bei Asthma bronchiale: Was gibt es und was werden wir in der neuen Leitlinie finden?
- A 3** SCIT versus SLIT: Müssen wir angesichts neuer Entwicklungen den Gang nach Canossa antreten?
- A 4** Allergologie am Gastrointestinaltrakt jenseits der IgE-vermittelten Nahrungsmittelallergie: FPIES, eosinophile Ösophagitis, Colitis und Co.
- A 5** Dysfunktionelle respiratorische Syndrome – arthromuskuläre Ventilationsstörung - orientierende manualmedizinische Untersuchungstechniken für die pädiatrische Praxis
- 
- B 1** Therapie des Atopischen Ekzems
- B 2** Asthma – Neurodermitis – Nahrungsmittelallergie: Wie kann die Reha weiterhelfen?
- B 3** Transition von jungen (Asthma-) Patienten von der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin
- B 4** Neugeborenen-Screening CF: Was kommt da auf uns zu?
- B 5** Vorgehen bei Insektengiftallergie
- 
- C 1** Alternativmedizinische Behandlungsmethoden allergischer Krankheitsbilder
- C 2** Inhalationstechnik: Wann welches Device?
- C 3** Bamba und SOTI für alle? Prävention und Therapie der Nahrungsmittelallergie
- C 4** Chronische Urtikaria: Update 2016
- C 5** Kinderpneumologisches Management bei neurologischen Erkrankungen
- 
- D 1** Migration und Tuberkulose
- D 2** Was mache ich mit dem Säugling nach schwerer RSV-Infektion?
- D 3** Lungenfunktion in der Praxis: Wertigkeit und „pittfalls“ im Alltag
- D 4** Betreuungskonzepte für Kinder und Jugendliche mit Immundefekten und Autoimmunerkrankungen
- D 5** Management von angeborenen Fehlbildungen der Atemwege
- 
- E 1** Sportmedizinische Fragestellungen in der Kinderpneumologie
- E 2** Management der schweren allergischen Rhinokonjunktivitis
- E 3** Ivacaftor, Orkambi, Ataluren: Aktueller Stand zu mutationsspezifischen Therapien bei CF
- E 4** Was bedeuten Feinstäube, NOx und CO2-Verkehrsemissionen für unsere Gesundheit und welche Alternativen gibt es?
- E 5** Vorgehen bei Verdacht auf Arzneimittelallergie

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

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) |
|------------|-------------------------------|