

Netzbüro:  
Fon: (02 34) 54 7 54 53  
Fax: (02 34) 54 7 54 55  
Huestr. 5  
44787 Bochum

Die BOViTA GmbH führt mit freundlicher Unterstützung der Firma Abbott für das Medizinische Qualitätsnetz Bochum e. V. nachfolgende Veranstaltung durch:

**Einladung zum Workshop**  
**Innovationen in der Diabetologie und deren Auswirkung auf**  
**kardiovaskuläre Erkrankungen**

---

- Referent:** Herr Prof. Dr. med. Andreas Mügge  
Klinikdirektor Kardiologie, Angiologie  
Kath. Klinikum Bochum, Bergmannsheil Bochum
- Thema:** SGLT-2Hemmer bei Diabetes und Herzinsuffizienz – ein Update
- Referent:** Herr Prof. Dr. med. Juris Meier  
Chefarzt Diabeteszentrum Bochum/Hattingen  
Katholisches Klinikum Bochum
- Thema:** Praktische Durchführung der Insulintherapie beim Diabetes mellitus
- Referent:** Herr Prof. Dr. med. Horst Harald Klein  
Klinikdirektor Allgemeine Innere Medizin, Endokrinologie  
und Diabetologie, Gastroenterologie und Hepatologie  
Bergmannsheil Bochum
- Thema:** Aktuelle Therapie des Typ 2 Diabetes
- Moderator:** Herr Dr. med. Michael Tenholt  
Facharzt für Innere Medizin/Kardiologie in Bochum
- Termin/Ort:** Montag, 08.10.18, 18.30 Uhr  
Hörsaalzentrum St. Josef-Hospital Bochum  
Seminarraum 4/5  
Gudrunstr. 56  
44791 Bochum

Die Fortbildungsveranstaltung wurde mit 4 Punkten durch die Ärztekammer Westfalen-Lippe anerkannt. Für einen kleinen Imbiss ist gesorgt.

Um die Veranstaltung besser planen zu können, bitten wir um verbindliche Anmeldung gem. beiliegendem Anmeldeformular bis zum 03.10.18.

---

Mit freundlicher Unterstützung der Firma Abbott. Sponsoringsumme: 4.500,00 €

# Anmeldung

per FAX an (02 34) 54 7 54 55

Veranstaltung: **Innovationen in der Diabetologie und deren  
Auswirkung auf kardiovaskuläre Erkrankungen**

Termin: Montag, 08.10.18, 18.30 Uhr

Ort: Hörsaalzentrum St. Josef-Hospitals Bochum  
Seminarraum 4/5  
Gudrunstr. 56  
44791 Bochum

Anmeldeschluss: Wir bitten um Antwort bis zum 03.10.18

- JA, ich melde mich verbindlich zur Veranstaltung an.
- NEIN, ich kann leider nicht an der Veranstaltung teilnehmen.

Praxis/Klinik: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

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

Stempel: \_\_\_\_\_

Zwecks Erhebung, Speicherung und Verwendung Ihrer personenbezogenen Daten bitten wir Sie um Einwilligung. Diese Einwilligung können Sie jederzeit schriftlich widerrufen.

Ich willige ein       Ich willige NICHT ein

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