

# Fortbildungsforum Pharmazie

am Donnerstag, 16. August 2018 in 34117 Kassel  
Best Western Plus Hotel Kassel City, Spohrstr. 4



Medfora GmbH – Medizinische Fortbildungen  
Am Haag 8 • 82166 Gräfelfing • Tel.: 089 / 89 32 75 20

## Moderation und Kursleitung

*Dr. rer. nat. Ute Koch, Berlin*

09.00 Uhr



**Registrierung der Teilnehmer**

09.15 Uhr



**Begrüßung – Dr. rer. nat. Ute Koch, Berlin**

09.30 Uhr

**Kompetent beraten beim Trockenen Auge**

*Dr. rer. nat. Ute Koch, Berlin*

10.15 Uhr

**Auf den Punkt: Möglichkeiten der Selbstmedikation bei Warzen**

*Dr. rer. medic. Reinhild Lohmann, Ostbevern*

11.00 Uhr



**Kaffeepause**

11.30 Uhr

**Mykosen der Nägel und der Haut – schwierig, aber heilbar**

*Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Tietz, Berlin*

12.15 Uhr

**Gesund leben. Gesund Haut empfehlen!**

*Dr. med. Claas Ulrich, Berlin*

13.00 Uhr

**Neue Erkenntnisse zur Pediculosis capitis (Kopflausbefall)**

**→ Infektionsepidemiologie – Diagnose – Therapie**

*Prof. Dr. med. Prof. h.c. Hermann Feldmeier, Buchholz*

13.45 Uhr



**Imbiss**

14.45 Uhr

**Richtig kombinieren bei Osteoporose: Ist Magnesium das neue Calcium?**

*Dr. med. Norbert Hoffmeister, Oldenburg*

15.30 Uhr

**Pille danach – Ein Update 2018**

*Dr. rer. nat. Ute Koch, Berlin*

16.15 Uhr



**Zusammenfassung – Dr. rer. nat. Ute Koch, Berlin**

**Dies ist eine von der Landesapothekerkammer Hessen zertifizierte Veranstaltung.  
Sie erhalten 7 Fortbildungspunkte.**

Die Seminargebühr würde pro Person € 290,- betragen. Dank der freundlichen Unterstützung folgender Firmen ist die **Teilnahme für Sie kostenlos**: Almirall Hermal GmbH Geschäftsbereich Taurus Pharma; Galderma Laboratorium GmbH; G. Pohl-Boskamp GmbH & Co. KG; MEDA Pharma GmbH & Co. KG; Théa Pharma GmbH; Wörwag Pharma GmbH & Co. KG./Änderungen vorbehalten/Stand: 27.06.2018

Anmeldung →→→ E-Mail: [veranstaltung@medfora.de](mailto:veranstaltung@medfora.de) oder Fax: 089/893275-29

Kassel, 16. August 2018

Hiermit melde ich mich verbindlich an:

Apothekenstempel

Name Teilnehmer/in: Apotheker/in PhI PTA

Name Teilnehmer/in: Apotheker/in PhI PTA

**E-Mail-Adresse der Apotheke  
für Gesamtbestätigung:**

Name Teilnehmer/in: Apotheker/in PhI PTA

Unterschriften

Hiermit setzen wir Sie davon in Kenntnis, dass wir zur Durchführung und Nachbearbeitung der o.g. Veranstaltung Ihre personenbezogenen Daten speichern, nutzen und verarbeiten.