

**Einladung  
zur Fortbildungsveranstaltung  
der  
Klinik für Dermatologie und Allergologie  
UKGM Standort Gießen  
Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. Thilo Jakob**

Anmeldung bitte per Fax an: 0641 / 985-43209

**Thema:** Neujahrsempfang der niedergelassenen Dermatologen  
**Moderation:** Univ.-Prof. Dr. med. Thilo Jakob  
**Zeit:** Mittwoch, 31.01.2018, 18.00 Uhr (s.t.)  
**Ort:** Hörsaal der Universitätshautklinik Gießen (Erdgeschoss)  
Gaffkystr. 14, 35392 Gießen

**P R O G R A M M**

- 18.00 Uhr** **Begrüßung und Einführung in die Thematik**  
Prof. Dr. med. Thilo Jakob, Direktor der Klinik für Dermatologie und Allergologie, UKGM Standort Gießen
- 18.15 Uhr** **Universitäre Dermatologie und Allergologie heute und morgen.**  
Prof. Dr. med. Thilo Jakob
- 19.00 Uhr** **Imbiss**
- 19.30 Uhr** **Bereiche der Hautklinik stellen sich vor: Dermatochirurgie**  
OÄ Dr. Rana Elewa, UKGM Standort Gießen
- 20.15 Uhr** **Dialog zwischen Klinik und Praxis:**  
Ihre Fragen, Wünsche, Anregungen
- 21.00 Uhr** **Schlusswort**  
Univ.-Prof. Dr. med. T. Jakob

***Die Zertifizierung der Veranstaltung wurde bei der LAEK Hessen beantragt.***

***Von Seiten der Veranstalter und der wissenschaftlichen Leitung bestehen keine Interessenskonflikte. Von Seiten der Referenten bestehen ggf. Interessenskonflikte. Diese werden dann auf der zweiten Folie des jeweiligen Vortrags offengelegt. Die Inhalte der Fortbildungsmaßnahme sind produkt- und / oder dienstleistungsneutral gestaltet.***

**Bitte wenden →**

**Die Teilnahme ist kostenlos. Für die Planung bitten wir Sie jedoch um Anmeldung per Fax oder E-Mail.**

**Anmeldeformular  
zur Fortbildungsveranstaltung  
der  
Klinik für Dermatologie und Allergologie  
UKGM Standort Gießen  
Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. Thilo Jakob**

Anmeldung bitte per Fax an: 0641 / 985-43209

**Thema:** Neujahrsempfang der niedergelassenen Dermatologen  
**Moderation:** Univ.-Prof. Dr. med. Thilo Jakob  
**Zeit:** Mittwoch, 31.01.2018, 18.00 Uhr (s.t.)  
**Ort:** Hörsaal der Universitätshautklinik Gießen (Erdgeschoss)  
Gaffkystr. 14, 35392 Gießen

- Ich nehme teil.
- Ich bin leider verhindert.

_____	_____	_____
Name	Vorname	Titel
_____	_____	
Klinik & Abteilung / Praxis	Funktion / Fachrichtung	
_____	_____	
StraÙe / Nr.	E-Mail-Adresse	
_____	<div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>	
PLZ / Ort		
_____		
Tel. Nr.		
_____	_____	
Telefax Nr.	Stempel	
_____	_____	
Ort / Datum	Unterschrift	

**Die Teilnahme ist kostenlos. Für die Planung bitten wir Sie jedoch um Anmeldung per Fax oder E-Mail.**