

Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin  
Mühlbauerstr. 16  
81677 München

Fax: 0 89 / 41 47 – 7 26

E-Mail: [koordinierungsstelle@kosta-bayern.de](mailto:koordinierungsstelle@kosta-bayern.de)

### 21. SemiWAM

**Beratungsanlass Haut in der  
Hausarztpraxis**

**Uhrzeit: 09:00 bis 17:00 Uhr**

**(für Ärzt\*innen in Weiterbildung Allgemeinmedizin)**

## Anmeldung

Ich nehme teil am  
(bitte ankreuzen)

- |                          |  |                                  |
|--------------------------|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <b>25.09.2019</b> in <b>München</b>    | (Rückmeldung bis zum 06.09.2019) |
| <input type="checkbox"/> | <b>09.10.2019</b> in <b>Regensburg</b> | (Rückmeldung bis zum 20.09.2019) |
| <input type="checkbox"/> | <b>16.10.2019</b> in <b>Nürnberg</b>   | (Rückmeldung bis zum 27.09.2019) |
| <input type="checkbox"/> | <b>06.11.2019</b> in <b>München</b>    | (Rückmeldung bis zum 18.10.2019) |
| <input type="checkbox"/> | <b>27.11.2019</b> in <b>Würzburg</b>   | (Rückmeldung bis zum 08.11.2019) |

### →→→→ BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN ←←←←

- Ich bin Arzt/Ärztin in Weiterbildung Allgemeinmedizin  ja  nein
- Ich bin im Kompetenzzentrum Weiterbildung Allgemeinmedizin Bayern (KWAB) eingeschrieben  ja  nein  
*(Die Einschreibung ins KWAB ist Voraussetzung für die Teilnahme an den SemiWAM)*
- Ich arbeite zur Zeit .....  ambulant  stationär
- Ich arbeite zur Zeit .....  Vollzeit
- Ich bin zur Zeit **nicht** ärztlich tätig .....  Teilzeit mit .....Wochenstunden
- Welche Frage zum Tagesthema haben Sie aus Ihrer täglichen Arbeit?  Grund:.....

**Bitte vollständig angeben:**

Vor- und Zuname bitte in Druckbuchstaben

Geburtsdatum

Straße

Ort

E-Mail Adresse bitte in Druckbuchstaben

Telefonnummer bzw. Mobilfunknummer

Datum

Unterschrift

Ein gemeinsames Projekt von