

## Fortbildung für das Praxisteam – Mitarbeiterorientierte Führung kompakt „Mitarbeiter binden, einbinden und inspirieren“

Sehr geehrtes Praxisteam,

wir laden Sie herzlich zu oben stehendem Seminar in **Düsseldorf** ein.

Jeder Praxisinhaber ist nicht nur Arzt, sondern auch Chef. Bewerkstelligen Sie diesen täglich fordernden Balanceakt im komplexen Praxisalltag, indem Sie Ihre Mitarbeiter gezielt in die Verantwortung einbinden und den für sich passenden Führungsstil entwickeln.

Gelingt es Ihnen, Ihre Mitarbeiter zu stärken, zu inspirieren, ihnen Arbeiten in Eigenverantwortung anzuvertrauen und für gemeinsame Praxisziele zu motivieren, erhalten Sie ein lohnenswertes Resultat: Sie bleiben Ihnen als Mitarbeiter treu und werden nach außen zu begeisterten Botschaftern Ihres besonderen Arbeitsplatzes - Ihrer Praxis!

Das Seminar richtet sich an **Ärzte, Erstkräfte und Praxismanager**.

<b>Termin</b>	<b>Mittwoch, 14. November 2018   14.00 – 18.30 Uhr</b> 14.00 Uhr: Imbiss & Get together   14.30 – 18.30 Uhr: Seminar
<b>Ort</b>	Leonardo Royal Hotel Düsseldorf Königsallee   Graf-Adolf-Platz 8   40213 Düsseldorf
<b>Kosten</b>	65 Euro pro Person inkl. Verpflegung in der Pause
<b>Faxanmeldung</b>	0800.83 43 240 (kostenfrei)
<b>Inhalte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Verbessern Sie Ihren Führungsstil „Führung → mitarbeiterorientierte Führung“</li> <li>■ Entlasten Sie sich als Arzt durch Stärkung der Eigenverantwortung der Mitarbeiter und Delegation</li> <li>■ Motivieren und binden Sie Ihre Mitarbeiter</li> <li>■ Meistern Sie Autoritätsprobleme und Widerstände</li> <li>■ Zeigen Sie Verantwortung für Ihre Mitarbeiter</li> <li>■ Profitieren Sie von einem gemeinsamen Erfahrungsaustausch</li> </ul>

**Referent** **Nicole Geiße-Dorn**

In Kooperation mit:




---

### Meine Anmeldung zur Fortbildung      Faxanmeldung      0800.83 43 240 (kostenfrei)

(Bitte vollständig und in Druckbuchstaben gut lesbar ausfüllen! Danke!)

1. Teilnehmer | Titel, Vorname, Nachname      2. Teilnehmer | Titel, Vorname, Nachname

**Rechnungsempfänger**       Praxisanschrift       Privatanschrift

Praxisname

Straße & Hausnummer

PLZ Ort

Telefon & Fax

#### E-Mail-Adresse (Pflichtangabe – für die Anmeldebestätigung)

##### Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung:

Ich willige ein, dass die hier angegebenen personenbezogenen Daten von der amedes Medizinische Dienstleistungen GmbH gespeichert und für folgende Zwecke verarbeitet und genutzt werden: (1) für die Erstellung und den Versand von Veranstaltungseinladungen und Newslettern (postalisch, per Fax oder per E-Mail) und (2) für das Veranstaltungsmanagement (Teilnehmerlisten etc.) Hamburg. Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen.

##### Anmelde- und Rücktrittsbedingungen:

1. Anmeldung inklusive E-Mail-Adresse an uns senden. 2. Teilnahmegebühr nach Erhalt der Rechnung überweisen.
3. E-Mail-Anmeldebestätigung wird nach Eingang der Teilnahmegebühr versandt. (E-Mail-Adresse bitte oben angeben)

##### Rücktrittsbedingungen:

Eine kostenfreie Stornierung wird ausschließlich schriftlich innerhalb von 7 Werktagen vor der Veranstaltung anerkannt. Danach ist keine Erstattung mehr möglich. Der Veranstalter behält sich das Recht vor, die Veranstaltung aus wichtigen Gründen zu verschieben oder abzusagen. In dem Fall wird die Teilnahmegebühr erstattet. Weitergehende Ansprüche sind ausgeschlossen.

**Ich erkenne die Anmeldebedingungen an.**

Ort | Datum

Unterschrift | (Praxis-) Stempel