

16. Februar 2026

Einladung zur Fortbildung für das Praxisteam – Notfall in der Arztpraxis

Sehr geehrtes Praxisteam,

medizinische Notfälle sind einschneidende Ereignisse – sowohl für die betroffenen Patient*innen als auch für die anwesenden Helfer*innen. Ein Notfall entsteht schnell, plötzlich und überall. Er wirft alle Routinen und Abläufe in der Praxis über Bord. Nun gilt jede Sekunde: Was ist zu tun?

In Anbetracht eines guten Qualitätsmanagements sollte jede Praxis eine notfallmedizinische Grundausbildung absolvieren.

Wir laden Sie herzlich zu untenstehenden Fortbildungen ein. Folgende Termine stehen für Sie zur Auswahl:

Termin 1 **Mittwoch, 29.04.2026 | 15.00-17.30 Uhr**

Termin 2 **Mittwoch, 09.09.2026 | 15.00-17.30 Uhr**

Ort amedes MVZ für Laboratoriumsdiagnostik und Mikrobiologie Halle/Leipzig GmbH
Leipziger Chaussee 191f | 06112 Halle

Kosten 49 € pro Person

Seminarinhalte

- Notfall in der Arztpraxis
- Erkennen eines Notfalls
- Kontrolle Vitalfunktionen
- Notruf
- Lagerung von Notfallpatienten
- ERC 2021
- Reanimation mit AED

Referent Herr René Ehrhardt, ASB Regionalverband Halle/Bitterfeld e.V.

Bei Fragen zu dieser Veranstaltung wenden Sie sich bitte an:

amedes MVZ für Laboratoriumsdiagnostik und Mikrobiologie Halle/Leipzig GmbH

Sandra Brosche | Telefon: 0170.381 36 95 | E-Mail: sandra.brosche@amedes-group.com

Über Ihre Anmeldung freuen wir uns sehr – die Anmeldeinformationen finden Sie umseitig.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Norman Dubisz
Standortleiter



Ihre **Online-Anmeldung einfach per QR-Code** oben, über www.amedes-group.com oder
-----als Faxanmeldung an 0800.83 43 240 -----

Fortbildung für das Praxisteam – Notfall in der Arztpraxis

Ich melde mich/wir melden uns verbindlich für die folgende Fortbildung an:

☐ 29.04.2026 in Halle (Kosten: 49 € pro Person)

☐ 09.09.2026 in Halle (Kosten: 49 € pro Person)

E-Mail-Adresse für Ihre Anmeldebestätigung bei Faxanmeldung.

1. Titel, Name, Vorname

2. Titel, Name, Vorname

3. Titel, Name, Vorname

Rechnungsadresse

Praxisname

Straße

PLZ/Ort

Telefon/Fax/Mobilnummer

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 (Teilnehmer*innenlisten etc.) Hamburg. Diese Einwilligung kann ich jederzeit mit einer E-Mail an eventinfo@amedes-group.com widerrufen.*

Anmelde- und Rücktrittsbedingungen:

1. Anmeldung inklusive E-Mail-Adresse an uns senden.

2. Teilnahmegebühr nach Erhalt der Rechnung überweisen.

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 Anmelde- und Rücktrittsbedingungen sowie die datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung an.

Ort, Datum

Unterschrift, (Praxis-) Stempel

Sie möchten keine Informationen mehr von uns erhalten?

Bitte senden Sie uns dafür eine E-Mail an: eventinfo@amedes-group.com oder ein Fax an 0800.83 43 240.