

Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin  
Mühlbauerstr. 16  
81677 München

Fax: 0 89 / 41 47 – 7 26  
E-Mail: [koordinierungsstelle@kosta-bayern.de](mailto:koordinierungsstelle@kosta-bayern.de)

### 23. SemiWAM

**Beratungsanlass Kinder 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>18.03.2020</b> in <b>München</b>    | (Rückmeldung bis zum 01.03.2020) |
| <input type="checkbox"/> | <b>01.04.2020</b> in <b>München</b>    | (Rückmeldung bis zum 16.03.2020) |
| <input type="checkbox"/> | <b>22.04.2020</b> in <b>Nürnberg</b>   | (Rückmeldung bis zum 06.04.2020) |
| <input type="checkbox"/> | <b>13.05.2020</b> in <b>Regensburg</b> | (Rückmeldung bis zum 27.04.2020) |
| <input type="checkbox"/> | <b>27.05.2020</b> in <b>Würzburg</b>   | (Rückmeldung bis zum 11.05.2020) |

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

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| ▪ Ich bin Arzt/Ärztin in Weiterbildung Allgemeinmedizin                                   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ▪ Ich bin im Kompetenzzentrum Weiterbildung Allgemeinmedizin Bayern (KWAB) eingeschrieben | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

*(Die Einschreibung ins KWAB ist Voraussetzung für die Teilnahme an den SemiWAM. Die Teilnahmegebühr des KWAB beträgt 75 € jährlich. Für die Rechnungsstellung werden Ihre Anmeldedaten an das KWAB weitergeleitet. Infos erhalten Sie unter: <http://kwab.info/>)*

- |   |   |                                    |
|---|---|------------------------------------|
| ▪ Ich arbeite zur Zeit .....  | <input type="checkbox"/> ambulant           | <input type="checkbox"/> stationär |
| ▪ Ich arbeite zur Zeit .....  | <input type="checkbox"/> Vollzeit           |                                    |
|   | <input type="checkbox"/> Teilzeit mit ..... | Wochenstunden                      |
| ▪ Ich bin zur Zeit <b>nicht</b> ärztlich tätig .....                | <input type="checkbox"/> Grund:.....        |                                    |
| ▪ Welche Frage zum Tagesthema haben Sie aus Ihrer täglichen Arbeit? |   |                                    |

**Bitte vollständig angeben:**

Vor- und Zuname bitte in Druckbuchstaben

Geburtsdatum

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

E-Mail Adresse bitte in Druckbuchstaben

Telefonnummer bzw. Mobilfunknummer

Datum

Unterschrift

Ein gemeinsames Projekt von