

Geachte collega,

Graag nodigen wij u uit voor een nascholingsavond met interessante onderwerpen voor u als praktiserend bedrijfsarts.

Allereerst zal orthopedisch chirurg Lucas Kleijn een lezing houden met als onderwerp '**schouder-klachten**'. Vervolgens zal orthopedisch chirurg Peter Eggen een lezing geven met als onderwerp '**hand- en polsklachten**'.

Bij beide lezingen wordt meer inzicht gegeven in de problematiek van het gewricht. Hierbij komen aan bod; verbetering van onderzoekstechnieken, behandelingsmogelijkheden (conservatief en operatief) en het structureren van verwijspatronen.

Na beide lezingen is er tijd voor een interactieve discussie.

Wij hopen u te verwelkomen op donderdag 3 juni 2010 in Medisch Centrum Waalre.

Met vriendelijke groet,

Petie Bezemer, bedrijfsarts Medicum Consult B.V.
Voorzitter programmacommissie

Programma

| | |
|-------------------|--|
| Vanaf 18:00 uur | Ontvangst met luxe broodmaaltijd |
| 18:40 – 18:45 uur | Opening voorzitter |
| 18:45 – 20:00 uur | Lezing schouderklachten |
| 20:00 – 20:15 uur | Pauze |
| 20:15 – 21:45 uur | Lezing hand- en polsklachten |
| 21:45 – 22:00 uur | Paneldiscussie en conclusie door de voorzitter |
| 22:00 – 22:30 uur | Borrel |

Praktische informatie

| | |
|---------------|--|
| Doelgroep: | Deze nascholing is bedoeld voor bedrijfsartsen |
| Accreditatie: | Voor deze nascholing zijn 3 accreditatiepunten aangevraagd |
| Kosten: | Aan deelname zijn geen kosten verbonden |
| Aanmelding: | U kunt zich inschrijven door middel van het opsturen of faxen van bijgevoegd inschrijfformulier, of door de gegevens per e-mail te versturen |

Inlichtingen: Medisch Centrum Waalre

Yvette Bloemen
Tel.: 0031(0)40 2222370
info@medischcentrumwaalre.com

Inschrijfformulier

Ondergetekende schrijft zich in voor de nascholing op donderdag 3 juni 2010 in Medisch Centrum Waalre:

“Meer inzicht in de problematiek van schouder-, hand- en polsklachten”

Titel:..... Voorletter(s):.....

Achternaam:M/V

BIG-registratie:.....

Praktijknaam:.....

Adres:.....

Postcode:..... Woonplaats:.....

Telefoon:.....

E-mail:.....

Datum:..... Handtekening:.....

A.u.b. retourneren per fax of e-mail naar:

Medisch Centrum Waalre
Van Dijklaan 9
5581 WG Waalre
Fax: 0031 (0)40 2217785
Tel: 0031 (0)40 2222370
Mail: info@medischcentrumwaalre.com

