

## PALLIATIVMEDIZIN „MODUL 2“

### ETHIK, RECHT UND TRAUER

- Krankheit, Sterben, Tod und Trauer in verschiedenen Kulturen und Religionen
- Ethische und rechtliche Aspekte der Palliativmedizin
- Medizinethische Prinzipien und ärztliche Rolle am Lebensende
- Patientenwille einschließlich Vorsorgeinstrumente
- Therapiezielbestimmung und -anpassung unter Berücksichtigung von Patientenwillen und Medizinischer Indikation
- Behandlungsbegrenzung, Sterbebegleitung, Sterbehilfe
- Symptomkontrolle

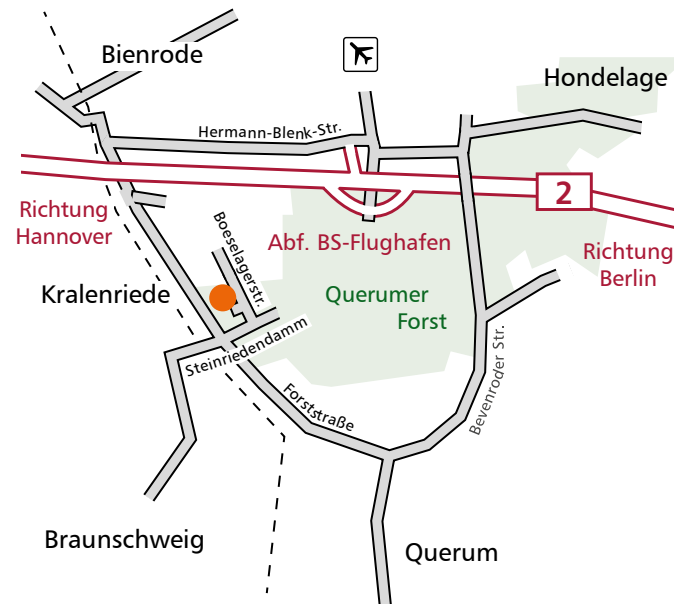
Der Lehrgang wird von der Ärztekammer Niedersachsen mit 40 Fortbildungspunkten anerkannt.

### TEILNEHMERBEGRENZUNG

Bei dem Lehrgang ist die Anzahl der Teilnehmer begrenzt.

## LEHRGANGSORT

BSG Braunschweiger Studieninstitut  
für Gesundheitspflege GmbH  
Boeselagerstraße 14, 38108 Braunschweig



Kostenlose Parkplätze befinden sich vor dem Haus!

BRAUNSCHWEIGER STUDIENINSTITUT  
FÜR GESUNDHEITSPFLEGE GMBH



ANSCHRIFT Boeselagerstraße 14  
38108 Braunschweig  
TELEFON 05 31/ 12 999 - 0  
TELEFAX 05 31/ 12 999 - 33  
E-MAIL [info@bsg-kongresse.de](mailto:info@bsg-kongresse.de)  
INTERNET [www.bsg-kongresse.de](http://www.bsg-kongresse.de)



## PALLIATIVMEDIZIN FÜR ÄRZTE MODUL 2 2024



PAII 1/2024

LEHRGANG AUF GRUNDLAGE DES  
„(MUSTER-)KURSBUCH PALLIATIVMEDIZIN“  
DER BUNDESÄRZTEKAMMER

## PALLIATIVMEDIZIN „MODUL 2“

Dieses Fallseminar richtet sich an alle Kolleginnen und Kollegen, die nach abgeschlossener „Kurs-Weiterbildung Palliativmedizin“ den Erwerb der Zusatzqualifikation Palliativmedizin anstreben.

Der individuelle Prozess des Sterbens im gesellschaftlichen Kontext steht bei diesem Modul im Mittelpunkt. So werden Fragestellungen aus dem ethischen und rechtlichen Bereich, sowie die ärztliche Rolle am Lebensende, angesprochen. Daneben wird die palliativorientierte Symptomkontrolle vertieft.

Das Fallseminar „Modul 2“ bildet zusammen mit zwei weiteren Fallseminaren und der „Kurs-Weiterbildung Palliativmedizin“ mit insgesamt 160 Stunden die Voraussetzung für die Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“, die von allen Ärzten mit Gebietsbezeichnung erworben werden kann.

## LEITUNG

Dr. med. Rainer Prönneke

Chefarzt Medizinische Klinik, Palliativmedizin  
Krankenhaus Marienstift gGmbH Braunschweig

## LEHRGANGSTERMINE

## PAII 1/2024

1. Block Freitag, 12.01. - Sonntag, 14.01.2024

2. Block Freitag, 26.01. - Sonntag, 28.01.2024

jeweils

Freitag von 16.00 Uhr bis 19.15 Uhr

Samstag von 09.00 Uhr bis 18.00 Uhr

Sonntag von 09.00 Uhr bis 14.00 Uhr

## TEILNAHMEGEBÜHR

Die Teilnahmegebühr als Gesamtpaket (PA = Kurs-Weiterbildung + Fallseminar 1-3) beträgt 2.880,00 €. Die Teilnahmegebühr als Einzelmodul beträgt 780,00 €. Sie beinhaltet die Lehrgangsunterlagen und die Verpflegung.

## RÜCKTRITT

Die Bearbeitungsgebühr beträgt 30,00 € ggf. zuzüglich der gesetzl. MwSt. Erfolgt die Abmeldung zwischen der 8. und 4. Woche vor Veranstaltungsbeginn, werden zusätzlich 20 Prozent der Teilnahmegebühren berechnet. Bei späterer Abmeldung oder Nichterscheinen werden die vollen Gebühren fällig. Es besteht die Möglichkeit, kostenfrei einen Ersatzteilnehmer anzumelden.

## HINWEIS

Wir behalten uns das Recht vor, bei Nichterreichen der Mindestteilnehmerzahl den Lehrgang abzusagen. Es erfolgt in diesem Fall eine Rückerstattung der bereits gezahlten Teilnahmegebühr.

## TERMINE GESAMTPAKET (PA 1/2023)

## PAB 1/2023

1. Block 01.09. - 03.09.2023

2. Block 15.09. - 17.09.2023

## PAI 1/2023

1. Block 10.11. - 12.11.2023

2. Block 24.11. - 26.11.2023

## PAII 1/2024

1. Block 12.01. - 14.01.2024

2. Block 26.01. - 28.01.2024

## PAIII 1/2024

1. Block 12.04. - 14.04.2024

2. Block 24.05. - 26.05.2024

www.bsg-kongresse.de

Telefax: 0531 / 12 999-33

Hiermit melden wir unten genannten Mitarbeiter zu folgendem Lehrgang verbindlich an:

**PA 1/2023** 01.09.2023 - 26.05.2024  
(Kurs-Weiterbildung + Fallseminar 1-3)

**PAII 1/2024** 12.01.2024 - 28.01.2024

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum, Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Berufsbezeichnung

\_\_\_\_\_  
Institution

\_\_\_\_\_  
Fachbereich

**Rechnungsadresse**  dienstlich  privat

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Ansprechpartner

\_\_\_\_\_  
Telefon, Telefax

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift

