

## Rückantwortfax 07761 / 55 66 – 1079

Teilnehmer / Name: 1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

Bitte kreuzen Sie an:

An den „**Psychopharmakologie-Tagen 2018**“ im Sigma-Zentrum

- nehme/n ich/wir **an beiden Tagen (16./17.11.2018)** teil; Anzahl der Teilnehmer \_\_\_\_
- nehme/n ich/wir **nur am 16.11.2018** teil; Anzahl der Teilnehmer \_\_\_\_
- nehme/n ich/wir **nur am 17.11.2018** teil; Anzahl der Teilnehmer \_\_\_\_
- kann ich leider nicht teilnehmen. Bitte informieren Sie mich aber über weitere Fortbildungsveranstaltungen im Sigma-Zentrum.

Bitte beachten Sie, dass die Teilnehmerzahl begrenzt ist und Anmeldungen nach Reihenfolge des Eingangs berücksichtigt werden. Wir bitten Sie um Rücksendung bis **15. Oktober 2018**

- per Fax **07761 / 5566-1079**
- oder per E-Mail an **fortbildung@sigma-zentrum.de**.

---

Name / Funktion / Postanschrift

**Bitte schicken Sie uns ergänzende Tagungsinformationen zu:**

- Basisinformation Polypharmazie bei Patienten mit psychiatrischen Krankheitsbildern mit 10 konkreten Beispielen.
- Vordruck Medikamentenanfrage bei Dr. Eckermann, wird an Dr. Eckermann weitergeleitet und kann im Workshop diskutiert werden.

an meine Mail-Adresse: \_\_\_\_\_