Thoraxklinik am Universitätsklinikum Heidelberg
Internistische Onkologie der Thoraxtumoren - Thoraxchirurgie

UniversitätsKlinikum Heidelberg

Herrn Dr. Max Mustermann
Musterstr. 1

12345 Musterstadt

Ihre Zeichen, Ihre Nachricht vom	Unser Zeichen, unsere Nachricht vom	Telefon	Datum
	PSi	089 / 9901-1316	25.04.2006

Workshop „Herz & Schlaf – Kardiovaskuläre Erkrankungen und nächtliche Atemstörungen“ am 10. Mai 2006 in der Thoraxklinik Heidelberg, Albert-Fränkel-Saal

Sehr geehrter Herr Dr. Mustermann,

wir freuen uns, Sie heute zu unserem Workshop zum Thema Herz & Schlaf einladen zu können.

Ziel des Workshops ist es, Neues aus den Bereichen Schlaf- Atmung- Herz praxisorientiert darzustellen und zu vermitteln. Als Referenten konnten wir Herrn OA Dr. Heinrich Wenz von der Thoraxklinik Heidelberg sowie Herrn PD Dr.F. Joachim Meyer von der Universitätsklinik Heidelberg gewinnen.

Beiliegend erhalten Sie das Programm mit dem Anmeldeformular. Über Ihre Teilnahme würden wir uns sehr freuen.

Die Organisation des Workshops übernimmt Frau Petra Sick von der ResMed GmbH & Co. KG. Für eventuelle Rückfragen erreichen Sie Frau Sick von Di.-Do. jeweils von 10.00 – 16.00 Uhr unter der Telefonnummer 089 / 9901-1316.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Felix Herth
Stellvertretender Ärztlicher Direktor
Thoraxklinik am Universitätsklinikum Heidelberg

Prof. Dr. Hugo A. Katus
Geschäftsführender Direktor
Medizinische Klinik (Krehlklinik)
Universitätsklinikum Heidelberg

Programm

Ab 18.30 Uhr	Kleiner Imbiss
19.00 – 19.45 Uhr	Begrüßung und Einführung *Prof. Dr. med. F. Herth / Prof. Dr. med. H. Katus*
19.45 – 20.15 Uhr	Stufenweg der SBAS (Schlafbezogene Atemstörungen) gemäß der BUB-Richtlinie *Dr. med. H. Wenz*
20.15 – 20.40 Uhr	Pathologische Atmung bei Herzinsuffizienz *Dr. med. F. J. Meyer*
20.40 – 21.00 Uhr	ApneaLink – der Risikoscreener für SBAS *Hans-Peter Lutz*
Ca. 21.00 Uhr	Ende der Veranstaltung

Anmeldung per Fax an 089 – 9901-1309

☐ **Ja, ich nehme an dem Workshop „Herz & Schlaf“ vom 10. Mai 2006 teil**

Bitte deutlich und in Druckbuchstaben ausfüllen

_____

Name, Vorname

_____

Praxis / Klinik

_____

Straße

_____

PLZ / Ort

_____

Telefon E-Mail