

WISSENSCHAFTLICHE LEITUNG:

Rubin Mogharrebi, Chefarzt Kempen,
Hospital zum Heiligen Geist

KONTAKT:

Kretschmann&Kretschmann Industrieberatung UG
Bahnhofstrasse 32, 48599 Gronau
Fax: 02562 9920855
Beratung.Kretschmann@icloud.com

ANMELDUNG (VERBINDLICH):

Per Antwortfax an 02562 9920855 oder per Mail:
Beratung.Kretschmann@icloud.com

TEILNAHMEGEBÜHR:

Ärzte: 55,00€ inkl. 5,00€ für die Artemed Stiftung
Physiotherapeuten: 40,00€ inkl. 5,00€ für die Artemed
Stiftung

Bitte überweisen Sie die Teilnahmegebühr auf das
nachstehende Konto (Ersatzteilnehmer können gestellt
werden, ganztägige Verpflegung inkludiert):

Name: Kretschmann & Kretschmann

IBAN: DE29401545300182007617

BIC: WELADE3WXXX

Verwendungszweck: Sportmedizin Niederrhein IV -
Teilnehmername

ZERTIFIZIERUNG:

Die zuständige Ärztekammer hat diese Fortbildung
mit 8 CME-Punkten zertifiziert.

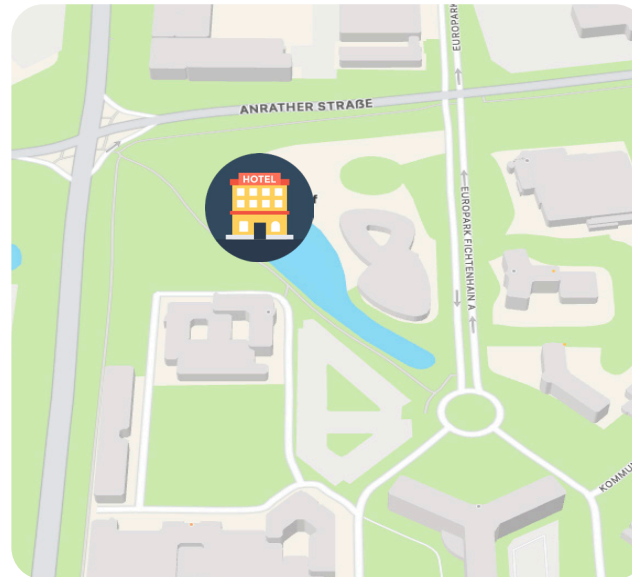


Anmeldung

*Der Veranstalter behält sich Änderungen
im Programm vor.

VERANSTALTER:

Kretschmann&Kretschmann
Industrieberatung UG (haftungsbeschränkt)
Bahnhofstrasse 32
48599 Gronau



Melia Hotel, Krefeld
Europark Fichtenhain A 1, 47807 Krefeld

* Zum Hotel : 1. Einfahrt rechts / kostenlose
Parkplätze ausreichend vorhanden

IV. SPORT- MEDIZINISCHES SYMPOSIUM NIEDER- RHEIN

8 CME-
PUNKTE

20.04.24
Melia Hotel, Krefeld



HOSPITAL ZUM HEILIGEN GEIST
Kempen

REFERENTEN

Dr.med. Andreas Bell

Chefarzt des Zentrums für Orthopädische Chirurgie Facharzt für Unfallchirurgie und Orthopädie, Eifelklinik St. Brigida, Simmerath

Prof. Dr. habil. med. Pavel Dufek

Facharzt für Orthopädie, Unfallchirurgie, und Sportmedizin, Beratungs- und Therapiezentrum für Wirbelsäulenerkrankungen, Schön Klinik, MVZ, Hamburg

Ingo Geuenich

Sportlehrer, Physiotherapeut, DOSB Sportphysiotherapeut, Jülich

Prof. Dr. Sebastian Gehrman

Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie
Zusatzbezeichnung: Spezielle Unfallchirurgie, Zusatzbezeichnung: Handchirurgie, Leiter Regionales Trauma-zentrum, St.-Antonius-Hospital, Kleve

Ulrich Grünwald

Oberarzt, Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie, Verbandsarzt AFVD, Johannes Wesling Klinikum, Minden

PD Dr. med. Martin Hufeland

Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Spezielle Orthopädische Chirurgie, Leitung Department Sportorthopädie und arthroskopische Chirurgie, Klinik für Orthopädie & Unfallchirurgie, EVK Mülheim, VIVON MVZ, Mülheim

Rubin Mogharrebi

Chefarzt Zentrale Notaufnahme, Facharzt für Chirurgie, Facharzt für Allgemeinmedizin, Ernährungsmedizin BfD, Mannschaftsarzt Football Nationalmannschaft, Hospital zum Heiligen Geist, Kempen

Dr. med. Simon Ohm

Leitender Oberarzt Medizinische Klinik Innere Medizin, Kardiologie, Sportmedizin, Notfallmedizin, Interventionelle Kardiologie, Herzinsuffizienz-Spezialist, Sportkardiologie Stufe 2, Sana Krankenhaus Benrath, Düsseldorf

Rene Richter

Physiotherapeut, Leitung Physiotherapie Rhein Fire Football-Team, fysico GmbH, Krefeld

Frank Roser

Offensive Coordinator Frankfurt Galaxy, ELF, Frankfurt

Dr. med. Oliver Schmidt Osterkamp

Ernährungsmediziner, Praxis, Moers

PROGRAMM



Der Artemed -Stiftung fließen aus dieser Fortbildung unterstützende Mittel zu.

08:30
Akkreditierung

09:00
Mogharrebi
Begrüßung und Einführung in das Thema

09:20
Schmidt Osterkamp
Sport und Ernährung

09:55
Richter
Blood flow restriction-Training in Therapie und Sport

10:30
Ohm
Das Herz im Sport

11:05 - Kaffeepause

11:20
Gehrman
Handverletzung im Sport

11:55
Hufeland
„Nach fest kommt ab“ - Verletzungen der langen Bizepssehne

12:30 - Workshop I

Roser
Atemtechniken

13:00 - Mittagspause

14:00 - Workshop II

Mogharrebi
Kryotherapie

14:30
Geuenich
Klinische Untersuchung der Schulter und Triggerpunkttherapie

15:05
Bell
Sport mit Knieprothese - ist die Robotik ein Gamechanger?

15:40
Dufek
Pharmakotherapie bei Arthrose

16:15
Grünwald
Verletzungen der Achillessehne

16:50
Mogharrebi
Roundtable und Networking

17:25
Ende der Veranstaltung

ANMELDUNG

BITTE SENDEN SIE IHRE VERBINDLICHE ANTWORT AN:

Faxnummer: 02562 9920855

oder E-Mail: beratung.kretschmann@icloud.com

Anzahl der Personen: _____

Namen: _____

Name und Anschrift der Praxis/Klinik:

Telefon/Fax: _____

E-Mail Adresse: _____

.....
Datum / Unterschrift

.....
Stempel



Anmeldung