



# DGfAN

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR  
AKUPUNKTUR UND NEURALTHERAPIE e.V.

Mitglied im ICMART – International Council of Medical Acupuncture and Related Techniques,  
im ECPM – European Council of Doctors for Plurality in Medicine  
und in der HUFELANDGESELLSCHAFT FÜR GESAMTMEDIZIN e.V.

Sehr geehrte Frau Kollegin,  
sehr geehrter Herr Kollege,

hiermit möchten wir Sie zum **Neuraltherapie-Praxisseminar – Patientenvorstellung und Injektionstechniken** einladen und senden Ihnen die Anmeldeunterlagen und Informationen zum Kurs.

Oft ist es für Kollegen, die mit NT beginnen, schwierig den Patienten zu überzeugen, sich mit Injektionen behandeln zu lassen. Aus 25 Jahren praktischer Erfahrung mit NT in meiner Praxis für Allgemeinmedizin werden den Teilnehmern Möglichkeiten zur Patientenführung und Einführung der NT in die eigene Praxistätigkeit aufgezeigt. Es werden Patienten demonstriert und häufige Injektionstechniken geübt.

<b><u>Kurstermin:</u></b>	05.04.2025
<b><u>Kurszeit:</u></b>	Samstag von 09.00 - 17.00 Uhr
<b><u>Kursort:</u></b>	<b>Praxis Dr. med. Cordula Christoph</b> Charitéstraße 5 10117 Berlin Tel.: 030/2043560
<b><u>Kursleiterin:</u></b>	Dr. med. Cordula Christoph
<b><u>Kursgebühren:</u></b>	
Mitglieder:	250,00 €
Nichtmitglieder:	300,00 €

Bitte senden Sie beiliegendes Anmeldeformular an die DGfAN-Geschäftsstelle.

Wir wünschen Ihnen eine gute Anreise und verbleiben  
mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Cordula Christoph  
Kursleiterin

Anlage:  
Rückmeldeformular

Stornierung: Falls die Mindestteilnehmerzahl 5 Tage vor Kursbeginn nicht erreicht ist, kann der Kurs abgesagt werden. In diesem Falle werden 100 % der Kursgebühren erstattet. Sonstige Stornierungskosten werden nicht übernommen. Ebenso wird 28 Tage vor Kursbeginn Ihre Anmeldung verbindlich. Bei Abmeldung nach diesem Termin werden 20% der Teilnahmegebühr fällig. Bei Absagen 5 Tage vor Kursbeginn werden 50% der Teilnahmegebühr fällig!

**Ihre Antwort senden Sie bitte per E-Mail an [info@dgfan.de](mailto:info@dgfan.de),  
per Fax 036651/55074 oder per Post an:**

DGfAN-Geschäftsstelle  
Mühlgasse 18b  
07356 Bad Lobenstein

**ANMELDUNG**  
**Neuraltherapie-Masterkurs**  
**Praxisseminar – Patientenvorstellung und Injektionstechniken**  
**NT-MK-04 –05.04.2025**  
Kennwort: NT-MK-04-Berlin

Hiermit melde ich mich verbindlich zum Neuraltherapie-Masterkurs an:

Titel: .....

Name: .....

Vorname:.....

PLZ Wohnort: .....

Straße:.....

Tel. ....

Fax: .....

E-Mail: .....

**Kursgebühren:**

Mitglieder: 250,00 €

Nichtmitglieder: 300,00 €

**Überweisung nach Erhalt der Rechnung an:**

DGfAN

Dt. Apotheker- und Ärztebank

IBAN: DE79 3006 0601 0008 3699 33

BIC: DAAEDEDXXX

Mitglied DGfAN\*: ja / nein

Arzt / Zahnarzt / Tierarzt\*

Sie erhalten vor Kursbeginn das Kursskript als PDF-Datei. Sie können sich Ihre Kursunterlagen ausdrucken und zum Kurs mitbringen und/oder die Datei auf Ihren PC laden.

....., den .....

Unterschrift/Stempel

**Haftungsausschluss:**

**Eine Haftung wird hiermit nachdrücklich von der DGfAN ausgeschlossen!**

\* Nichtzutreffendes bitte streichen