

**Bitte vollständig ausgefüllt und mit den erforderlichen Anlagen zurücksenden an:**

Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft  
Bundesverband e.V.

**Anmeldung zur Fachfortbildung  
„MS-Schwester/MS-Therapiemanagement“**

Krausenstr. 50  
30171 Hannover  
Tel.: 05 11 / 9 68 34 – 0  
E-Mail: referat-gs@dmsg.de

Die Fachfortbildung „MS-Schwester / MS-Therapiemanagement“ richtet sich an examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger/innen sowie Medizinische Fachangestellte in neurologischen Praxen und Kliniken.

**Teilnahmevoraussetzungen:**

- mindestens 2-jährige Berufserfahrung in der Neurologie
- erfolgreicher Abschluss von MS Nurse Pro

**Seminargebühr (gesamte Fortbildungsmaßnahme):**

- 1.250,- € p.P (beinhaltet Kursgebühr, Unterrichtsmaterial, 2 Praktika, Verpflegung während des Seminars, Abschlusszertifikat)
- zahlbar nach Erhalt der Rechnung

**Rücktrittsbedingungen / Schulungsunterbrechung:**

- Rücktritt bis 4 Wochen vor Beginn: 25,-€ Stornogebühr
- Rücktritt zu einem späteren Zeitpunkt: kann der Platz nicht anderweitig besetzt werden behalten wir uns vor 80% der Gebühr einzubehalten
- Unterbrechung: fehlende Module können binnen 12 Monaten in einer anderen Maßnahme nachgeholt werden

**Hinweise:**

- Die Fortbildung ist auf 20 Teilnehmer beschränkt, Durchführung erfolgt vorbehaltlich ausreichender Teilnehmerzahl
- Anmeldungen werden nach Eingangsdatum und Vollständigkeit berücksichtigt.

**Bei Anmeldung bitte relevante Fotokopien des Ausbildungsnachweises und der Abschlussbescheinigung von MS Nurse Pro mitschicken!**

**Absender**

**Name:** \_\_\_\_\_

**Vorname:** \_\_\_\_\_

**Klinik/Praxis:** \_\_\_\_\_

**Rechnungsempfänger:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Telefon (tagsüber):** \_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Geburtsjahr:** \_\_\_\_\_

**Ausbildung beendet am:** \_\_\_\_\_

---

Ich melde mich für die Fachfortbildung in folgender Klinik an:

**Universitätsklinikum Leipzig  
Klinik und Poliklinik für Neurologie  
Liebigstr. 20a  
04103 Leipzig**

Die Fachfortbildung findet an folgenden 3 Wochenenden statt:

**03. – 05.03.2023**

**01. – 03.09.2023**

**08. – 10.03.2024**

---

Nach erfolgreicher Absolvierung dieser Fortbildung bin ich mit der Veröffentlichung meines Namens, meines Arbeitgebers sowie Fotografien, die mich während der Fortbildung zeigen, in den Medien des DMSG, Bundesverband e.V. einverstanden.

---

**Datum und rechtsverbindliche Unterschrift/Stempel**