

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 1-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:

**Neurologisches Rehabilitationszentrum
Quellenhof
Kuranlagenallee 2
75323 Bad Wildbad**

Die Fachfortbildung findet an folgenden 3
Wochenenden statt:

17. – 19.10.2025

17. – 19.04.2026

16. – 18.10.2026

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