Allgemeine Hinweise

Veranstaltungsort:

Mövenpick Hotel Hamburg
Sternschanze 6
20357 Hamburg

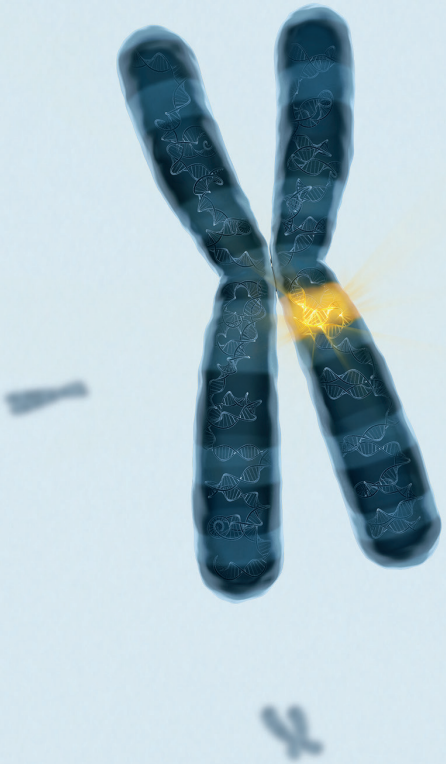
Hinweise:

Die Zertifizierung durch die Landesärztekammer Hamburg ist beantragt.
Dieses Programm richtet sich ausschließlich an Ärzte.

**Eine Fortbildung von AstraZeneca –
Bereich Medical Affairs**

AstraZeneca

Einladung



BRCA-Mutationen als Marker in neuer Rolle

Datum:
16. September 2015
Uhrzeit: 18:00 – 20:00 Uhr

Ort:
Mövenpick Hotel Hamburg
Sternschanze 6
20357 Hamburg

AstraZeneca

Einladung

Sehr geehrte Kolleginnen, sehr geehrte Kollegen,

wir möchten Sie herzlich zu unserer Fortbildungsveranstaltung

BRCA-Mutationen als Marker in neuer Rolle

am 16. September 2015 einladen.

Mit dieser Veranstaltung möchten wir Ihnen die neuesten Erkenntnisse in der Behandlung des Ovarialkarzinoms näher bringen.
Welche Konsequenzen entstehen für Patientinnen bei Funktionsverlust des BRCA-Gens?

Aus humangenetischer Sicht wird **Frau Dr. Astrid Preuße** aus unserer Praxis vortragen. Die klinische Bedeutung der BRCA-Mutationen wird Ihnen **Frau Prof. Dr. Pia Wülfing** aus dem Mammazentrum Hamburg am Krankenhaus Jerusalem erläutern und **Herr Prof. Dr. Felix Hilpert**, stellv. Klinikdirektor der Fauenklinik an der Uni Kiel, stellt Ihnen die Studiendaten zur systemischen Therapie und deren Umsetzung in die tägliche Praxis vor.

Wir haben die Teilnehmerzahl auf 30 Personen begrenzt, damit ausreichend Zeit für Diskussionen und Fragen bleibt.

Bitte senden Sie bei Interesse die umseitige Faxantwort an Frau Otto aus unserer Praxis.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Saskia Kleier
Wissenschaftliche Leitung
Gemeinschaftspraxis für Humangenetik
Altonaerstraße 61
20357 Hamburg

Eine Fortbildung von AstraZeneca – Bereich Medical Affairs

AstraZeneca

Eine Fortbildung von AstraZeneca – Bereich Medical Affairs

Faxantwort

Wir bitten um verbindliche Zusage bis zum **09. September 2015** unter

FAX: 040 432926-78
für die Veranstaltung

BRCA-Mutationen als Marker in neuer Rolle
am 16. September 2015

Name: .....

Vorname: .....

Straße: .....

PLZ/Ort: .....

Telefon: .....

Fax: .....

Email: .....

◯ ***Ich nehme teil***

◯ ***Ich nehme nicht teil***

.....

Datum/ Unterschrift

AstraZeneca