

# Kurs Pädiatrische Neurochirurgie

Teil 1, 7. Zyklus

Kraniosynostosen  
Hydrocephalus & Zysten  
Dysraphien

20. – 21. März 2025

Veranstaltungsort: Universitätsklinikum Ulm

---

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für Ihr Interesse am Kurs Pädiatrische Neurochirurgie 2025. Der Kurs wird in Präsenz stattfinden und den genauen Ablauf können Sie dem beigefügten Programm entnehmen. Es handelt sich traditionell um einen dreiteiligen Kurs, wobei ein Einstieg in den Zyklus bei jedem Kursteil möglich ist. Nach Absolvieren aller drei Kursteile wird eine Bescheinigung über die erfolgreiche Teilnahme am Kurs Pädiatrische Neurochirurgie ausgestellt, welche unter anderem beim Erwerb des NCA-Personenzertifikats anerkannt wird. Die sehr erfahrenen und engagierten Referierenden und die interaktive Kursgestaltung garantieren einen fundierten Überblick über die pädiatrische Neurochirurgie.

**Um Ihre Platzreservierung in eine verbindliche Teilnahme umzuwandeln sind (1) die Überweisung der Kursgebühr sowie (2) die Zusendung des ausgefüllten Registrierungsformulars erforderlich. Nach Eingang der Überweisung erhalten Sie von uns eine Bestätigung.**

**Kursgebühr: 400 Euro** (beinhaltet Teilnahme an Kurs und Workshops, Catering in den Pausen)

**Gemeinsames Abendessen: zusätzlich 50 Euro** (beinhaltet Abendmenü und nicht-alkoholische Getränke)

**Bitte überweisen Sie bis zum 17.01.2025 je nach Wunsch 400 Euro oder 450 Euro auf folgendes Konto:**

Kontoinhaber: Universitätsklinikum Ulm

Bank: Sparkasse Ulm

IBAN: DE16 630 500 000 000 106 478

**Zweck: D.6069 (mit Name vom Teilnehmer)**

# Kurs Pädiatrische Neurochirurgie

Teil 1, 7. Zyklus

Kraniosynostose  
Hydrocephalus & Zysten  
Dysraphien

20. – 21. März 2025

## Registrierungsformular

Rücksendung an [KursPaedNCH@uniklinik-ulm.de](mailto:KursPaedNCH@uniklinik-ulm.de)

Nachname*:			
Vorname*:			
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> Weiblich	<input type="checkbox"/> Männlich	<input type="checkbox"/> Divers
Akademischer Titel*:			
Position:	<input type="checkbox"/> Studierende	<input type="checkbox"/> Assistenzarzt*in	<input type="checkbox"/> Facharzt*in
	<input type="checkbox"/> Oberarzt*in	<input type="checkbox"/> Chefarzt*in	<input type="checkbox"/> Anderes
Klinik*:			
Anschrift*:			
E-Mail-Adresse*:			
Telefon:			
Teilnahme am Kurs- Abendessen (+50€):	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Bisher absolvierte Kursteile:			

\*unbedingt erforderliche Angaben