**Unter Schirmherrschaft der DGNC Sektion Pädiatrische Neurochirurgie**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Kurs Pädiatrische Neurochirurgie**

Teil 3, 6. Zyklus

Neurotraumatologie

ZNS-Infektionen

Zerebrovaskuläre Erkrankungen

14. – 15. März 2024

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Registrierungsformular**

Rücksendung an kinderneurochirurgie@med.uni-duesseldorf.de

|  |  |
| --- | --- |
| Nachname\*: |  |
| Vorname\*: |  |
| Geschlecht: | [ ] Weiblich | [ ] Männlich | [ ] Divers |
| Akademischer Titel\*: |  |
| Position: | [ ] Studierende\*r | [ ] Assistenzarzt\*in | [ ] Facharzt\*in |
| [ ] Oberarzt\*in | [ ] Chefarzt\*in | [ ] Anderes |
| Klinik\*: |  |
| Anschrift\*: |  |
| E-Mail-Adresse\*: |  |
| Telefon: |  |
| Teilnahme am Kurs-Abendessen (+40€)\*: | [ ] Ja | [ ] Nein |
| Bisher absolvierte Kursteile\*: |  |

\*unbedingt erforderliche Angaben