**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](mailto: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