

medi GmbH & Co. KG Medicusstraße 1 95448 Bayreuth Germany Verantwortlicher Guido Sturm Handelsvertretung Orthopädie Herz-Meyer-Straße 33 49594 Alfhausen



medi. ich fühl mich besser.

Einladung

Orthopädie und Sport passen aus vielerlei Gründen gut zusammen. Diese thematische Verknüpfung ist das Ziel dieser Fortbildung. Zum Einen aus sportorthopädischer Sicht, zum Anderen aus der Sicht der Physiotherapie.

Wir freuen uns Ihnen eine hochwertige, regionale Fortbildung anbieten zu können. In diesem Zusammenhang sind wir sehr froh darüber, dass wir solch namhafte Referenten gewinnen konnten.

Zu dieser Veranstaltung heißen wir Sie herzlich willkommen!

Eine Zertifizierung ist beantragt.

Mit sportlichen Grüßen

Prof. Dr. med. Uwe Maus Wissenschaftlicher Leiter

Programm

OrthoSport Oldenburg 23. August 2017

Mittwoch, 23. August 2017		
18.00 - 18.15	Begrüßung durch wissen- schaftlichen Leiter	U. Maus
18.15 – 18.45	Überlastungsschäden im Laufsport	M. Beuchel
18.45 – 19.15	Sport bei Osteoporose – möglich und wichtig?	U. Maus
19.15 – 19.45	Diagnose Tendinose – Die schmerzhafte Achillessehne	K. Knobloch
ab 19.45 Uhr	Abschlußdiskussion und Imbiss	

Dr. med. Marcus Beuchel FA für Orthopädie und Unfall-

chirurgie, Oberarzt Pius-Hospital Oldenburg

Prof. Dr. med. Uwe Maus FA für Orthopädie und Unfallchirurgie, Osteologe DVO, Pius-Hospital Oldenburg

Prof. Dr. med. Karsten Knobloch

FA für Allgemeine, Plastische & Ästhetische Chirurgie und Sportmedizin, SportPraxis Prof. Knobloch Hannover

Wissenschaftliche Leitung

Prof. Dr. med. Uwe Maus

FA für Orthopädie und Unfallchirurgie, Osteologe DVO, Pius-Hospital Oldenburg

Alte Knabenschule (direkt neben Parkhaus Waffenplatz) Wallstr. 17 26122 Oldenburg

Die Teilnahme ist kostenfrei.

Anmeldung/Organisation

Stempel

Guido Sturm Handelsvertretung Orthopädie Herz-Meyer-Straße 33 49594 Alfhausen

Fax-Anmeldung an 05464 969 2835

OrthoSport Oldenburg

2. interdisziplinäres Symposium für Orthopäden, Unfallchirurgen und Physiotherapeuten

Bitte melden Sie sich verbindlich bis zum

14. Augu	st 2017 an.
Praxis / Klin	ik
Titel / Vorna	me / Name
Straße / Hau	ısnummer
PLZ/Ort	
E-Mail	
Tel. (für evtl	. Rückfragen)
Fax	
Datum	Unterschrift/Stempel
Genehmig	gung der medizinischen Einrichtung
(Diensthe	rr/Arbeitgeber/Verwaltung)
Wir,	
Einladung	medizinischen Einrichtung), haben die vorstehende zur Kenntnis genommen, erklären uns damit iden und genehmigen die Teilnahme.
Name in Dru	uckbuchstaben
Funktion	
Ort, Datum	

Unterschrift