

Veranstaltungsort
Dorint Hotel Potsdam
Jägerallee 20 · 14469 Potsdam

SYMPOSIUM 19. HÄMATOLOGISCHES 26. bis 27. April 2024

WISSENSCHAFTLICHE LEITUNG Prof. Dr. Philipp le Coudre
Stellvertretender Klinikdirektor, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt
Hämatologie, Onkologie und Tumorimmunologie, Campus Virchow
Klinikum, Charité Universitätsmedizin Berlin

EINGELADENE REFERENTEN Univ.-Prof. Dr. Björn Chapuy
Geschäftsführender Oberarzt, Medizinische Klinik mit
Schwerpunkt Hämatologie, Onkologie und Tumorimmunologie,
Campus Benjamin Franklin, Charité Universitätsmedizin Berlin
Prof. Dr. Axel Matzdorff Chefarzt Klinik für Innere Medizin II,
Gastroenterologie, Nephrologie, Hämatologie und Onkologie, Asklepios
Klinikum Uckermark, Schwedt **Dr. Axel Nogai** Facharzt für

innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie, internistische Onko-
logie und Palliativmedizin, Onkologische Schwerpunktpraxis Tier-
garten **Prof. Dr. Jörg Westermann** Stellvertretender Klinik-
direktor, Leitung Hämatologische Diagnostik, Personaloberarzt,
Campus Virchow Klinikum, Charité Universitätsmedizin Berlin
PD Dr. Wolfgang Böhmerle Oberarzt, Klinik für Neurologie mit Ex-
perimenteller Neurologie, Campus Virchow Klinikum, Charité Univer-
sitätsmedizin Berlin **Univ.-Prof. Dr. Jan Krönke** Stellvertretender
Klinikdirektor, Schwerpunkt Akute Myeloische Leukämie, Multiples
Myelom, Campus Benjamin Franklin, Charité Universitätsmedizin Berlin
Prof. Dr. Wilhelm Haverkamp Facharzt für Innere Medizin mit
Schwerpunkt Kardiologie, Kardiologie Spreebogen

ORGANISATORISCHE HINWEISE Bei Teilnahmewunsch senden Sie bitte umgehend die Anmeldekarte an den angegebenen Kon-
takt des Organisers zurück. Die Einladung zu diesem Fortbildungsangebot beinhaltet das wissenschaftliche Seminar, Tagungsgetränke,
Abendessen und Mittagsbuffet inkl. Getränke sowie falls notwendig eine Übernachtung im Tagungshotel. Alle darüber hinaus gehenden
Kosten wie Telefonnutzung, weitere Getränke o. Ä. müssen vom Teilnehmer selbst getragen werden.

Für die Veranstaltung wurden Fortbildungspunkte bei der Landesärztekammer Brandenburg beantragt.

VERANSTALTER UND ORGANISATION MedConcept GmbH, Friedenstraße 58, 15366 Neuenhagen b. Berlin
Telefon: 03342 42689-30, Fax: 03342 42689-40, E-Mail: info@medconcept.org

Bitte
ausreichend
frankieren!

MEDCONCEPT 

Gesellschaft für medizinische Projekte mbH

Friedenstraße 58
15366 Neuenhagen bei Berlin

PROGRAMM

Freitag, 26. April 2024

- 17.55 Uhr Begrüßung
Prof. Dr. Philipp le Coutre
- 18.00 Uhr **Megakaryopoese beyond**
Prof. Dr. Axel Matzdorff
- 19.00 Uhr Abendessen

Samstag, 27. April 2024

- 09.00 Uhr **Myelotoxizität**
Univ.-Prof. Dr. Jan Krönke
- 09.25 Uhr **Neurotoxizität**
PD Dr. Wolfgang Böhmerle

- 09.50 Uhr **Kardiotoxizität**
Prof. Dr. Wilhelm Haverkamp
- 10.15 Uhr Kaffeepause
- 10.45 Uhr **Multiples Myelom Neue Substanzen**
Dr. Axel Nogai
- 11.10 Uhr **AML/PNH Neue Substanzen**
Prof. Dr. Jörg Westermann
- 11.35 Uhr **Lymphatische Neoplasien
Neue Substanzen**
Univ.-Prof. Dr. Björn Chapuy
- 12:00 Uhr **CMPN Neue Substanzen**
Prof. Dr. Philipp le Coutre
- 12.25 Uhr Verabschiedung und
Abschlussimbiss

Stand: 22.03.2024

Mit freundlicher Unterstützung von:

abbvie

AMGEN

AOP
HEALTH

astellas

AstraZeneca

BeiGene

GSK

GRIFOLS

Janssen
PHARMACEUTICAL COMPANIES
OF Johnson & Johnson

Lilly

NOVARTIS

sanofi

SERVIER
moved by you

sobi
rare strength

Takeda
ONCOLOGY

ANMELDEKARTE Bitte per Post, Fax oder E-Mail senden an: MedConcept GmbH, Friedenstraße 58, 15366 Neuenhagen

E-Mail: info@medconcept.org, Fax: 03342 42689-40

Verbindliche Anmeldung bis zum 10. April 2024 erbeten.

19. Hämatologisches Symposium - 26./27. April 2024 - Dorint Hotel Potsdam - Jägerallee 20 - 14469 Potsdam

Bitte leserlich in Druckschrift ausfüllen.

Praxis/Einrichtung _____

Titel/Vorname/Name _____

PLZ/Ort _____

Straße _____

Telefon _____

E-Mail _____

Hiermit melde ich mich verbindlich für die o.g. Veranstaltung an. Reisekosten werden vom Veranstalter **NICHT** erstattet. Ein begrenztes kostenfreies Zimmerkontingent steht zur Verfügung, die Vergabe erfolgt nach Eingang der Anmeldung. Die Mitnahme von Begleitpersonen ist nicht gestattet.

Hiermit melde ich mich verbindlich zu der o.g. Veranstaltung an.*

Ich bin selbstständig niedergelassene Ärztin/niedergelassener Arzt in o.a. Praxis.*

Ja, ich benötige ein kostenfreies Einzelzimmer vom 26. zum 27. April 2024.*

Ich bin angestellte Ärztin/angestellter Arzt in o.a. Einrichtung.**

Nein, ich benötige KEINE Übernachtungsmöglichkeit.*

**Hiermit genehmigen wir die Teilnahme unserer Mitarbeiterin/unsere Mitarbeiter an der o.g. Fortbildung.

Datum/Unterschrift _____

Datum/Stempel/Unterschrift des Dienstherrn _____

* Zutreffendes bitte ankreuzen.