

Ihre Anmeldung unterzeichnet bitte an [kontakt@arztpraxis-phys-reha.de](mailto:kontakt@arztpraxis-phys-reha.de) oder per Post an:

Facharztpraxis Dr. med. Heike Steglich  
Zamenhofstr. 65  
01257 Dresden

**Anmeldung**  
**Analyse und Therapie von reflektorischen Schmerzen**  
**des Bewegungsapparates in der Arztpraxis**

**Datum:** **Samstag, 30.05.2026 (8.30 Uhr) - Sonntag, 31.05.2026 (14.45 Uhr)**

**Ort:** **Facharztpraxis für Physikalische und Rehabilitative Medizin**  
**Zamenhofstraße 65, 01257 Dresden**

**Kursgebühren:** **360,00 EUR**

Hiermit melde ich mich verbindlich zur o.g. Fortbildung an:

**Titel:** .....

**Name:** ..... **Vorname:** .....

**PLZ:** ..... **Wohnort:** .....

**Straße:** .....

**Tel.:** ..... **E-Mail:** .....

Aktuell bin ich als Ärztin/Arzt in  ambulanter Praxis  stationär/Klinik  ..... tätig.

....., den .....  
Unterschrift/Stempel