







# Fortbildungsforum Pharmazie

am Donnerstag, 15. Februar 2018 in 10719 Berlin  
Hollywood Media Hotel, Kurfürstendamm 202



**Doctrina GmbH**  
**Medizinische Fortbildungen**

Doctrina GmbH  
Am Haag 8  
82166 Gräfelfing  
Tel.: 089 / 89 32 75 20

- Moderation und Kursleitung**  
*Dr. rer. nat. Ute Koch, Berlin*
- 09.00 Uhr  **Registrierung der Teilnehmer**
- 09.15 Uhr  **Begrüßung – Dr. rer. nat. Ute Koch, Berlin**
- 09.30 Uhr **Herausforderung Cholesterinsenkung in der Selbstmedikation: Roter Reis & Co.**  
*Andrea Wohlers, Eberbach*
- 10.15 Uhr **Auf den Punkt: Möglichkeiten der Selbstmedikation bei Warzen**  
*Dr. rer. medic. Reinhild Lohmann, Ostbevern*
- 11.00 Uhr  **Kaffeepause**
- 11.30 Uhr **Gicht: Alte Erkrankung – neuere Therapieoptionen**  
*Dr. rer. nat. Ute Koch, Berlin*
- 12.15 Uhr **Synbiotika – komplementäres Therapiekonzept für atopische Erkrankungen**  
*Dr. rer. nat. Julia Hiller, München*
- 13.00 Uhr  **Imbiss**
- 14.00 Uhr **Nur Gesichtsröte oder schon Rosazea?**  
*Dr. med. Claas Ulrich, Berlin*
- 14.45 Uhr **Alles zum Sonnenschutz**  
*Dr. med. Claas Ulrich, Berlin*
- 15.30 Uhr  **Kaffeepause**
- 16.00 Uhr **Mykosen der Nägel und der Haut – schwierig, aber heilbar**  
*Dr. med. Ulrike Gunkel, Berlin*
- 16.45 Uhr **Pille danach – Ein Update 2018**  
*Dr. rer. nat. Ute Koch, Berlin*
- 17.30 Uhr  **Zusammenfassung – Dr. rer. nat. Ute Koch, Berlin**

**Dies ist eine von der Apothekerkammer Berlin zertifizierte Veranstaltung.  
Sie erhalten 8 Kompetenzpunkte.**

Diese Firmen ermöglichen Ihnen die kostenlose Teilnahme an dieser Veranstaltung:  
Almirall Hermal GmbH Geschäftsbereich Taurus Pharma; Bencard Allergie GmbH; Berlin-Chemie AG; Galderma Laboratorium GmbH;  
MEDA Pharma GmbH & Co. KG./Änderungen vorbehalten/Stand: 28.12.2017

Anmeldung →→→ E-Mail: [veranstaltung@doctrina-gmbh.com](mailto:veranstaltung@doctrina-gmbh.com) oder Fax: 089/893275-29

Berlin, 15. Februar 2018

Apothekenstempel

Hiermit melde ich mich verbindlich an:

Name Teilnehmer/in: Apotheker/in PTA

Name Teilnehmer/in: Apotheker/in PTA

Name Teilnehmer/in: Apotheker/in PTA

**E-Mail-Adresse der Apotheke  
für Gesamtbestätigung:**

Unterschriften

Hiermit setzen wir Sie davon in Kenntnis, dass wir zur Durchführung und Nachbearbeitung der o.g. Veranstaltung Ihre personenbezogenen Daten speichern, nutzen und verarbeiten.