Veranstaltungs-Einladung

MFA-Fortbildung: Wundversorgung

Zu der Veranstaltung am 03.12.2025 von 15:00-17:00 Uhr möchten wir Sie ganz herzlich einladen.

Wundversorgung ist ein zentraler Bestandteil der Gesundheitsversorgung und hat direkte Auswirkungen auf die Heilung, Infektionsprophylaxe und das Wohlbefinden des Patienten. Eine sachgemäße Wundversorgung fördert die schnelle Heilung, minimiert Komplikationen wie Infektionen und reduziert Schmerzen.

Als Referent steht Ihnen Andreas Hahn, Lehrer für Pflegeberufe und Wundexperte ICW zur Verfügung.

Programm

15:00 Uhr	**Begrüßung und Einleitung**
15:15 Uhr	**Wundversorgung**
	Andreas Hahn
16:45 Uhr	**Fragen und Diskussion**

Die Veranstaltung ist produkt- und dienstleistungsneutral und unabhängig von wirtschaftlichen Interessen.

Die Fortbildung ist für die MFAs unserer **Mitglieder kostenlos**. Für MFAs von **Nicht-Mitgliedern** beträgt die **Teilnahmegebühr 30€.** Die Anmeldung ist mit unserem Formular bis zum 26.11. möglich.

Ihnen stehen auf dem Gelände kostenlose Parkmöglichkeiten zur Verfügung.

Wir freuen uns auf Sie!

Dr. med. Georg Friese
Leiter der ÄNGie-Fortbildungsakademie

Veranstaltungsort:

BIOSCIENTIA
MVZ LABOR MITTELHESSEN

Rudolf-Diesel-Straße 4
35394 Gießen

Veranstalter:

ÄNGie
ÄRZTENETZ KREIS GIESSEN

ÄNGie – Ärztenetz Kreis Gießen e.V.
Postfach 100107
35331 Gießen
Telefon: 0176-618 33 583
Fax: 032223945540
E-Mail: info@aengie.net

ÄNGie

Fortbildungsakademie

Mittwoch, 03.12.2025

MFA-Fortbildung: Wundversorgung



ÄRZTENETZ KREIS GIESSEN

ÄNGie-FORTBILDUNGSAKADEMIE

des Ärztenetz Kreis Gießen e.V.

MFA-Fortbildung: Wundversorgung

Mittwoch, 03.12.2025, 15.00-17.00 Uhr

Referent: Andreas Hahn

Anmeldeformular bitte per E-Mail an: fortbildungsakademie@aengie.net
oder per Fax an: 032223945540

Hiermit melde ich mich zur Fortbildung am 03.12.2025 an.

(Bitte das Anmeldeformular bei Bedarf kopieren!)

Anrede: ☐ **Frau** ☐ **Herr**

Nachname

Titel **Vorname**

Fachrichtung

Anschrift Praxis:

Straße / Hausnummer

PLZ **Ort**

Vorwahl/ Telefonnummer und ggf. Faxnummer

E-Mail-Adresse

Datum **(Praxis) Stempel / Unterschrift**