

**Adipositas-Berater*in DAG/DDG
und der Deutschen Diabetes-Gesellschaft (DDG)
der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (DAG)**

Ausrichter:	Diabetes-Akademie Südostbayern e.V. An der Eiche 1 83278 Traunstein	
Termin:	Online: 17./18.10.25 Präsenz: 23.-25.10.25 im Haus St. Rupert, Rupprechtstr. 6, 83278 Traunstein	
Zielgruppe/ Voraussetzung	Diabetesberater*innen DDG Diabetesassistent *innen* DDG die Ihr Wissen über Adipositas vertiefen wollen	
Kosten:	680 €	
Lerninhalte	<ul style="list-style-type: none"> o Pathogenese, Genetik, Klinik und Diagnostik o Komorbiditäten, Komplikationen und Folgeerkrankungen o Multiprofessionelle Behandlungskonzepte o Ernährungsumstellung und diätische Maßnahmen o Bewegungstherapeutischen Behandlungsansätze o Weitere therapeutische Ansätze o Behandlung psychischer Aspekte o Stressmanagement, Patientenempowerment o Systemische Prophylaxe, langfristig Rückfallprävention 	
Umfang:	Der Fortbildungsumfang beträgt 40 Unterrichtseinheiten (UE) á 45 Minuten Plus 2 Tage Hospitationszeit	
Ansprechpartner:	Bettina Hafner-Masek Diabetes-Akademie Südostbayern e.V. Tel.: +49 (0)86633090713 office@diabetes-akademie.net Homepage: www.diabetes-akademie.net	ärztlicher Leiter: Prof. Dr. Stefan Schopf
Bitte Anmeldung per E-Mail an office@diabetes-akademie.net		
Wir melden uns mit einer Einladung zum Zoomtermin, wenn wir die Gruppe geplant haben. Gerne können Sie sich bei Fragen im Vorfeld per Mail bei uns melden. Auf Wunsch erhalten Sie Übernachtungsvorschläge, bitte kümmern Sie sich selbst um die Buchungen.		

Verbindliche Anmeldung zum „Adipositasberater*in DAG/DDG“	
Ausrichter:	Diabetes-Akademie Südostbayern e.V. An der Eiche 1 83278 Traunstein
Termin:	17. und 18.10.2025 Online 23.-25.10.2025 in Präsenz
Zielgruppe/ Voraussetzung	Diabetesberater*innen DDG Diabetesassistent *innen DDG die Ihr Wissen über Adipositas vertiefen wollen
Kosten:	680 €
Privatadresse	
Name, Vorname	_____
Geburtstag/-ort:	_____
Straße/Hausnummer:	_____
PLZ/Ort	_____
Telefonnummer:	_____
E-Mail-Adresse:	_____
Rechnungsadresse	Privatperson <input type="radio"/> Arbeitgeber <input type="radio"/>
Arbeitgeber	
Praxisname:	_____
Name, Vorname:	_____
Straße/Hausnummer	_____
PLZ/Ort:	_____
Telefonnummer:	_____
E-Mail-Adresse	_____

Ort, Datum Unterschrift

Antragsteller

