

**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: 13.11.+ 11.12.2026 Präsenz: 19. – 21.11. 2026 im Haus St. Rupert, Rupprechtstr. 6, 83278 Traunstein	
Zielgruppe/ Voraussetzung	Diabetesberater*innen Diabetesassistentinnen*-assistenten DDG die Ihr Wissen bezüglich 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 (16 Stunden)	
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 Vorab-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 „Adipositasberater*in DAG/DDG“	
Ausrichter:	Diabetes-Akademie Südostbayern e.V. Ansprechpartnerin: Bettina Hafner-Masek
Termin:	Online: 13.11.+ 11.12.2026 Präsenz: 19. – 21.11. 2026
Zielgruppe/ Voraussetzung	Diabetesberater*innen Diabetesassistentinnen*-assistenten DDG die Ihr Wissen bezüglich 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