

Formular zur Anmeldung eines Demo-Workshops

Interessent / Institut		e-mail
Vorname, Name, Titel	Telefon	
Institut/Einrichtung	Strasse	
Abteilung	PLZ, Ort	

Terminvorschlag	Datum: _____	Zeit von: _____	bis: _____	Velamed bestätigt: <input type="checkbox"/>
Alternative:	Datum: _____	Zeit von: _____	bis: _____	Velamed bestätigt: <input type="checkbox"/>
Dauer der Workshops im Allgemeinen ca. 3-4 Std.				

Weitere Teilnehmer anderer Institute (mind. 5 TN)		
Name	Institut / Firma	e-mail
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

Themen		
1.	Herkunft und Natur des EMG-Signals	<input type="checkbox"/>
2.	Neuromuskuläre Innervation, Rekrutierung u Frequenzierung motorischer Einheiten	<input type="checkbox"/>
3.	Erfassungstechniken und Verstärkungs-Prinzipien	<input type="checkbox"/>
4.	EMG im biomechanischen Setup	<input type="checkbox"/>
5.	Signal Processing	<input type="checkbox"/>
6.	EMG-Analyse-Parameter und -techniken	<input type="checkbox"/>
7.	Durchführung individueller Messungen vor Ort am Patienten	<input type="checkbox"/>
8.	Interpretationsstrategien	<input type="checkbox"/>
9.	Anwendungsbeispiele	<input type="checkbox"/>
10.	Sonstiger Themenwunsch:	<input type="checkbox"/>

Datum _____

Unterschrift _____

Velamed GmbH – Firmenstempel

Bitte senden Sie uns Ihre Anfrage per

 Bei Fragen wenden Sie sich bitte an I. Konrad, Tel-Nr.: 0221-7910976, e-mail: i.konrad@velamed.com
FAX:0049-221-9792992