

Bitte melden Sie sich zur **4. MS-Fachtagung am 11. Juli 2008** im
NeuroCafe Stuttgart, Olgastrasse 50, 70182 Stuttgart
verbindlich schriftlich an!

Fax: +49 (0) 711 2349102
email: info@NeuroCafe.net

A N T W O R T

NeuroCafe Stuttgart GmbH
Olgastrasse 50
70182 Stuttgart

So finden Sie zu uns:

Mit dem VVS
über die Haltestellen Olgaeck (U5-7)
oder Rathaus (U1, 2, 4).

Mit dem Auto
über die B27 in Richtung
Degerloch/Tübingen/A8 (Karlsruhe/München),
indem Sie nach dem Charlottenplatz
(Kreuzung von B14 und B27) rechts einbiegen.

Parkmöglichkeiten
gibt es in den Parkhäusern
Bohnenviertel, Breuninger und Züblin.



Veranstaltungsort:

NeuroCafe Stuttgart GmbH

Beratungs- und Therapiezentrum
Olgastrasse 50 - 70182 Stuttgart
Telefon: +49 (0) 711 2349107 | Fax: +49 (0) 711 2349102
email: info@NeuroCafe.net
<http://www.NeuroCafe.net>



biogen idec

octapharma



TEVA

EINLADUNG ZUR 4. MS-FACHTAGUNG



Stuttgart
11. Juli 2008

Freitag, 11. Juli 2008
Einlass: 18:00 Uhr
Beginn: 19:00 Uhr

Moderation:

Dr. Klaus Gottwald
Neurologe,
NeuroPraxis Stuttgart



Stand der aktuellen Therapie der Multiplen Sklerose

Prof. Dr. Heinz Wiendl
Neurologe, Leitender Oberarzt,
Leiter Klinische Forschergruppe
MS und Neuroimmunologie,
Neurologische Klinik,
Universität Würzburg



Zukunft der MS-Therapie

Prof. Dr. Bernd C. Kieseier
Neurologe, Oberarzt
der Neurologischen Klinik,
Heinrich-Heine Universität
Düsseldorf



**-Was ich schon immer fragen wollte-
Für Fragen rund um die MS
stehen Ihnen zur Verfügung:**

- Dr. Klaus Gottwald
- Prof. Dr. Heinz Wiendl
- Prof. Dr. Bernd C. Kieseier
- Dr. Matthias Appy
- Dr. Wolfgang Molt
- Peter Schlotterbeck
- Andreas Grimm, Diplom-Psychologe
- Claudia Dose-Kraft, Physiotherapeutin

Patientenbetreuung & MS-Nurses:

- Yvonne Deussen
- Fiorenza Ferrari-Appy
- Andrea Frey
- Gisela Luithardt
- Verena Pucher
- Heike Schaible

Im Anschluss laden wir Sie zu einem Imbiss ein.

Zur 4. MS-Fachtagung am 11. Juli 2008 im
NeuroCafe Stuttgart melde ich mich

- allein
- in Begleitung von ___ Personen

verbindlich an.

- Rollstuhlfahrer/in

Name

Vorname

Anschrift

PLZ / Ort

Telefon

Unterschrift