

**Termine:**

Freitag, 21.03.2025  
Freitag, 06.06.2025  
Freitag, 11.07.2025  
Freitag, 26.09.2025  
Freitag, 14.11.2025

jeweils 17-20 Uhr

Deutscher Zentralverein  
homöopathischer Ärzte

Berlin / Brandenburg

ÄK-Punkte beantragt  
Diplompunkte: 3 pro Termin



**Berlin  
Qualitätszirkel  
März bis Dezember 2025**

**Fallbesprechungen akuter und chronischer  
Behandlungsfälle**

**Hybrid-Veranstaltung**

**Veranstalter / Anmeldung:**

Berliner Verein  
homöopathischer Ärzte e. V.  
Nassauische Straße 2  
10717 Berlin

Tel.: 0 30 / 8 73 25 93  
Fax: 0 30 / 86 20 99 40  
Mail: [veranstaltungen@bvhae.de](mailto:veranstaltungen@bvhae.de)  
[www.bvhae.de](http://www.bvhae.de)

**Barbara Teigelkamp**

## Liebe Kolleginnen und Kollegen,

auch in diesem Jahr bietet der Qualitätszirkel von Barbara Teigelkamp die Gelegenheit in kollegialer Runde methodenoffen homöopathische Themen und eigene Fälle zu besprechen.

Im Mittelpunkt steht dabei die Fallanalyse akuter und chronischer homöopathischer Behandlungsfälle mit wahlzeigenden Symptomen, Repertorisation und Differentialdiagnose unter Zuhilfenahme verschiedener Repertorien und Arzneimittellehren, einschließlich Bewertung der Reaktion und Begründung für einen Wechsel des gewählten Mittels oder der Potenz.

Vorgesehene Termine:

Freitag, 21.03.2025  
Freitag, 06.06.2025  
Freitag, 11.07.2025  
Freitag, 26.09.2025  
Freitag, 14.11.2025

Der Qualitätszirkel wird hybrid abgehalten, mit Präsenz in den Räumen des BVhÄ.

**Seminarzeiten:** Freitag 17-20 Uhr 15  
**Pausenzeiten** 17:45-18:00

(Änderungen vorbehalten)

**Gebühren:** 30,00 pro Abend ( am Ende des Jahres per Bankeinzug oder Überweisung )

**Leitung:** Barbara Teigelkamp

## Anmeldung

Qualitätszirkel ab 17.01.2025 hybrid mit Barbara Teigelkamp

.....  
Name, Vorname

.....  
Straße

.....  
PLZ, Ort

.....  
Mail

...../.  
Präsenz/Hybrid

Mitglied im Landesverband: .....  
des Deutschen Zentralvereins homöopathischer Ärzte

**Der Betrag von € 30,-- pro Abend**  
 soll am 2.12.2025 durch den BVhÄ von meinem Konto **IBAN-Nr.**

DE.....

abgebucht werden. Ich bin mit den nebenstehenden Anmeldebedingungen einverstanden.

wird von mir am 2.12.2025 überwiesen

.....  
Datum

.....  
Stempel

.....  
Unterschrift

## Anmeldebedingungen:

Wir weisen darauf hin, dass die einschlägigen Vorschriften des Datenschutzes (Schweigepflicht, Sozialdatenschutz, Schutz von personenbezogenen Daten) bei Vorstellungen von Behandlungsfällen oder anderweitiger Bekanntgabe von mit Patienten in Verbindung stehenden Informationen unbedingt einzuhalten sind. Mit Ihrer Anmeldung zu der genannten Veranstaltung bestätigen Sie uns, dass Sie zur Kenntnis genommen haben, dass die Verantwortung für die Einhaltung dieser Vorschriften für die von Ihnen im Rahmen dieses Kurses öffentlich gemachten Informationen bei Ihnen liegt.

## Hinweis:

*Ihre personengebundenen Daten und Seminarunterlagen stehen nur noch 5 Jahre für eventuelle Rückfragen zur Verfügung*

