



Glacisstraße 7, 8010 Graz, Österreich  
Ärztl. Leiter: Dr. Olivia Pojer  
+43 316 37 40 50 Fax + 55  
Mail office@ogka.at [www.ogka.at](http://www.ogka.at)

---

---

# Vorbereitung zur Diplomprüfung Ohr

## TERMIN & ORT

Fallseminar inkl. Ohr-Diplom Prüfung	16./17.4.2027	Graz	Dr. Peter Aluani
---	---------------	------	------------------

**Fallseminar Ohr-Diplom:** Fallbesprechungen entsprechend der systematischen Indikationsbereiche für die Ohrakupunktur und anhand von Karteikarten und Patienten unter Anleitung der Referenten

**Immer wieder fordern interessierte Patienten von uns Ärztelisten an, in die nur Kollegen mit Diplomprüfung aufgenommen werden können. Bitte nehmen auch Sie an unserer Ohr-Diplom-Prüfung teil, damit wir auch Ihre Ordination anfragenden Patienten empfehlen können.**

## Orte

**Graz: Steiermarkhof, Ekkehard-Hauer-Straße 33, 8052 Graz**

## Kurszeiten

### Fallseminar Ohrakupunktur

Freitag 15 Uhr – 20 Uhr.  
Samstag 09 Uhr – 12 Uhr 15

## Im Anschluss: Diplomprüfung Ohr Samstag

schriftliche Prüfung und mündliche Prüfung

## SEMINARGEBÜHREN:

### **A-Standardtarif:**

Euro 320,-- /für Nichtmitglieder zuzüglich Euro 60,--

**Sondertarif-B:** Für Turnus- und Assistenzärzte sowie pensionierte Kollegen:

Euro 280,-- /für Nichtmitglieder zuzüglich Euro 60,--

**Sondertarif-C:** Studenten, arbeitslose Ärzte, KarenzgeldbezieherInnen:

Euro 235,-- /für Nichtmitglieder zuzüglich Euro 60,--

**Prüfungsgebühr € 100,--**

**Stornokosten siehe Jahresprogramm 2024**

---

Eine Bitte: Um dem Sekretariat die Arbeit zu erleichtern, bitten wir um eine frühzeitige Anmeldung.

## **ANMELDUNG**

<input type="radio"/> <b>Fallseminar Ohr und Prüfung</b>	<b>16./17.4.2027</b>	<b>Graz</b>	<b>Dr. Peter Aluani</b>
--	----------------------	-------------	-------------------------

Sekretariat

der Österreichischen Gesellschaft

für Kontrollierte Akupunktur und TCM

Glacisstraße 7

8010 Graz

Tel.0316/374050 Fax 0316/374050 55

Internet [www.ogka.at](http://www.ogka.at)

E-mail [office@ogka.at](mailto:office@ogka.at)

Name:.....

Telefon mit Vorwahl.....

Adresse.....

(Straße Ort).....

Mail .....

Datum:

Unterschrift:  
Praxisstempel