

SEMINARANGEBOT



Basiskompetenz-Patiententrainer

(zertifiziert nach KomPaS)

am 28.-29.11.2020

in Stralsund



Veranstaltungsort

aktiva vita®

Ernährungs- und Bewegungszentrum Stralsund
Carl-Heydemann-Ring 55
18437 Stralsund

Kontakt und Sitz der Akademie:



SchulungsAkademie
Mecklenburg-Vorpommern

Knöchelsöhren 19

18437 Stralsund

Tel: 03831 27 88 114

Fax: 03831 27 88 122

www.schulungsakademie-mv.de

Dr. Dieter Jennemann

Vorsitz Schulungs-Akademie MV e.V.

vorstand@schulungsakademie-mv.de

Dana Morawski

Fortbildungskoordinatorin

fortbildung@schulungsakademie-mv.de

Diesen Abschnitt abtrennen und in einen Briefumschlag mit Sichtfenster legen, oder die ausgefüllte Rückseite per Fax an 03831 27 88 122 senden. Einen Scan können Sie gern an die Mailadresse: fortbildung@schulungsakademie-mv.de übermitteln.

SchulungsAkademie MV

im Kleinen FAMILIENTherapieZENTRUM

Knöchelsöhren 19

18437 Stralsund

**Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Interessenten,**

auch wenn uns dieses Jahr vor einige Herausforderungen gestellt hat, möchten wir das lebenslange Lernen in den Fokus rücken und Ihnen heute unsere Einladung zu dem Seminar „Basiskompetenz-Patiententrainer“ aussprechen.

Unsere Seminare sind von der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern als Fortbildungsveranstaltung für Ärzte anerkannt. In den Teilnahmegebühren sind eine kleine Pausenverpflegung (kein Mittagessen) sowie Unterlagen zum Thema enthalten.

Es wird nach Abschluss des Seminars das Zertifikat „Basiskompetenz- Patiententrainer“ nach KomPaS e.V. erteilt. Die beruflichen Zugangsvoraussetzungen zur Erlangung des Zertifikates mit den weiterführenden Indikationensspezifischen Modulen entnehmen Sie bitte der Internetseite www.kompetenznetz-patientenschulung.de.

Auch für Kollegen, die sich im Bereich Gesprächsführung und Gruppenkursleitung fortbilden möchten, ist dieses Seminar geeignet. Der Fokus liegt aber klar auf dem Bereich Patientengruppenschulungen.

Bei Teilnahme von mehreren Kollegen aus einer Praxis/Einrichtung kann ein Rabatt gewährt werden. Bitte sprechen Sie uns an.

Ihre
SchulungsAkademie
Mecklenburg-Vorpommern e.V.

**„Basiskompetenz Patiententrainer“
20 UE á 45 min. / 2 Tage / Kosten: 325,00€
zertifiziert nach KomPaS e.V.**

Überblick Seminarinhalte:

„Organisatorische und praktische Aspekte der Durchführung von Gruppenschulungen“

- Rituale der Begrüßung, Ziele, Grenzen, Methodik, Didaktik, Finanzierung, QM, Zugangswege, Alltagstransfer

„Trainerrolle, Rollenerwartung und Gruppen“

- Gruppendynamik und Trainerhaltung

„Entwicklungspsychologie“

- Entwicklungsphasen, Schulungssituationen in verschiedenen Altersgruppen

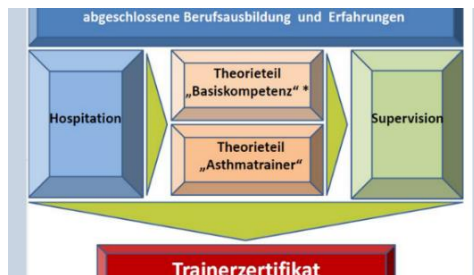
„Krankheitsbewältigung“

- Bedeutung der Familie, Entspannung, psychosoziale Belastung, Selbstwirksamkeit, Transition & Teilhabe

„Allgemeine Didaktik Techniken, Spiele, Motivation“

- Gesprächsführung, Rollenspiel, Stundenaufbau, bewegte Pause, Spiel und Spaß

Beispiel zum Ablauf der Asthmatrainer-Ausbildung:



Anmeldung:

Ich melde mich hiermit verbindlich für das Seminar „Basiskompetenz Patiententrainer“ am 28.+29.11.2020 an. Die Teilnahmegebühr beträgt 325,00€ (inkl. kleiner Pausenverpflegung und Unterlagen, kein Mittagessen). (Eine Stornierung bis zum 31.10.2020 ist kostenfrei möglich. Bis zum 21.11.2020 wird bei Stornierung 50% der Seminargebühr berechnet. Im Falle einer Absage nach dem 21.11.2020 behalten wir uns vor, die gesamte Seminargebühr zu erheben. In allen Fällen kann ein Ersatzteilnehmer gestellt werden.)

Nach Eingang der Anmeldung erhalten Sie eine Anmeldebestätigung. Die Seminargebühr ist auf das Konto der **Asthmaakademie MV e.V. / IBAN: DE46 1505 0500 0535 0044 94 / BIC: NOLADE 21 GRW** unter dem Stichwort „Seminar Basiskompetenz“+ Teilnehmername“ zu überweisen.

Bitte beachten Sie, dass eine Anmeldung nur in schriftlicher Form berücksichtigt werden kann.

Name, Vorname

Berufsbezeichnung

Straße, Hausnummer

PLZ/Ort

Bei Kostübernahme der Seminargebühren durch den Arbeitgeber hier die Rechnungsanschrift und den Ansprechpartner eintragen. Falls Sie eine Kostenaufstellung zur Beantragung der Übernahme benötigen, sprechen Sie uns bitte an.

Zeile 2 (Kostübernahme der Seminargebühren durch den Arbeitgeber)

Teil./Mail

Datum

Unterschrift