

ANMELDEFORMULAR

Bitte Rücksendung per E-Mail oder Fax
an 05 31 / 12 999 – 33

Boeselagerstraße 14
38108 Braunschweig
Telefon 05 31/12 999 - 0
Telefax 05 31/12 999 - 33
E-Mail info@bsg-kongresse.de
Internet www.bsg-kongresse.de

Aktualisierungskurs Palliative Care „Sprache / Krisenintervention / multiprofessionelle Teams“

Mittwoch, 17. April 2024 (von 09:00 Uhr – 16:15 Uhr)

Im Arbeitsalltag begegnen uns vielschichtige Anforderungen an unsere Kommunikationsfähigkeit. Seien es der Umgang mit Patienten und Angehörigen, Absprachen im Team oder Vereinbarungen über Hierarchien und Einrichtungen hinaus. Immer geht es um einen wertschätzenden, erfolgsversprechenden und nachhaltigen Umgang miteinander.

Der Aktualisierungskurs gliedert sich in folgende Themenbereiche:

- Kommunikationsmodelle - Verstehen von Sprache als Instrument
- Pathologische Umgangssprache
- Krisenintervention - Überbringen von schlechten Nachrichten
- Pflegende im multiprofessionellen Team - Workshop

Ziel dieses Kurses ist:

- Fundierte fachliche Beratung und Versorgung von Patienten zu ermöglichen
- Grundkenntnisse aufzufrischen und zu aktualisieren
- Reflexion der eigenen Haltung und Erfahrungsaustausch

Zielgruppe: Palliative Care Fachkräfte (160-Stunden-Basiskurs Palliative Care)
(Die Teilnehmeranzahl ist begrenzt!)

Teilnahmegebühr: Die Teilnahmegebühr beträgt 185,00 €. Sie beinhaltet die Lehrgangsunterlagen und die Verpflegung.

Rücktritt: Bei einer Abmeldung bis 4 Wochen vor Veranstaltungsbeginn wird eine Bearbeitungsgebühr von 60,00 € berechnet. Bei späterer Abmeldung oder Nichterscheinen werden die vollen Gebühren fällig. Es besteht die Möglichkeit, kostenfrei einen Ersatzteilnehmer anzumelden.

PCR 1/2024 "Aktualisierungskurs Palliative Care"

Hiermit melden wir folgenden Mitarbeiter verbindlich zu oben genannter Veranstaltung an:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum /-ort: _____

Berufsbezeichnung: _____

Institution: _____

Fachbereich: _____

Rechnungsadresse:

☐ dienstlich

☐ privat

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Ansprechpartner: _____

Telefon: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

Ort, Datum: _____

Stempel, Unterschrift: _____