

*Jährliche Pflichtfortbildung für Betreuungskräfte nach § 53c SGB XI (zuvor § 87b SGB XI)*

## **Thema: Palliativ-Schulung - Kommunikation und Umgang mit sterbenden Menschen und deren Angehörigen**

für Betreuungskräfte

5. August 2024 bis 6. August 2024

### **Seminarbeschreibung**

<b>Seminarziel</b>	In diesem Seminar wird das Wissen der Teilnehmenden aktualisiert und die berufliche Praxis reflektiert.
<b>Seminarinhalte</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Reflexion der beruflichen Praxis</li><li>• Symptome des Sterbeprozesses</li><li>• die Sterbephasen nach Elisabeth Kübler-Ross</li><li>• Berücksichtigung der Wünsche des Sterbenden</li><li>• Wie kann ich als Betreuungskraft den Bewohner in seiner Sterbephase begleiten?</li><li>• Umgang mit Wahrheit</li><li>• Kommunikation und Interaktion mit Sterbenden und Angehörigen</li><li>• Umgang mit dem Verstorbenen</li></ul>
<b>Abschluss</b>	Trägerbescheinigung
<b>Zielgruppe</b>	Betreuungskräfte
<b>Seminarzeitraum</b>	5. August 2024 bis 6. August 2024
<b>Seminarort</b>	campus MB gGmbH, Neue Straße 26 in 26316 Varel
<b>Seminarzeit</b>	Jeweils 09:00 bis 16:00 Uhr
<b>Seminarumfang</b>	16 Unterrichtseinheiten á 45 Minuten
<b>Seminargebühr</b>	<b>130,00 Euro</b>

## Anmeldeformular

Wir freuen uns, dass Sie sich für die Teilnahme an einer Fortbildung im Hause campus MB gGmbH entschieden haben. Bitte füllen Sie diesen Anmeldebogen aus und senden Sie ihn gerne per Mail oder Fax an uns zurück. Wir freuen uns auf Sie!

**Bezeichnung der Fortbildung:** **Thema: Palliativ-Schulung - Kommunikation und Umgang mit sterbenden Menschen und deren Angehörigen**

**Datum der Fortbildung:** **5. August 2024 bis 6. August 2024**

**Teilnehmer/in:**

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum - Geburtsort - Qualifikation

\_\_\_\_\_  
Telefon-/Mobilnummer - Emailadresse

**Arbeitgeber:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Rechnungsempfänger:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Teilnehmer/in

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Rechnungsempfänger/in

**Nur von campus auszufüllen**

\_\_\_\_\_  
Eingangsdatum

\_\_\_\_\_  
Name