

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

## **Sensomotorische Wahrnehmungsschulung durch Malen**

für Betreuungskräfte

18. Juni 2024 bis 19. Juni 2024

### **Seminarbeschreibung**

**Seminarziel** Vermittlung von Möglichkeiten und Wegen, um für Bewohner\*innen eine qualitativ hochwertige Aktivierung anbieten zu können

**Seminarinhalte**

- Austausch und Reflexion zum Berufsalltag
- Heranführen der Bewohner\*innen an die leere Leinwand
- Experimentelles Umsetzen verschiedener Techniken mit angepassten Schwierigkeitsgraden
- Betrachtung, Analyse und Reflexion der entstandenen Werke
- Umsetzung und Reflexion der eigenen Entspannungseinheit

**Abschluss** Trägerbescheinigung

**Zielgruppe** Betreuungskräfte

**Seminarzeitraum** 18. Juni 2024 bis 19. Juni 2024

**Seminarort** campus MB gGmbH, Neue Straße 26 in 26316 Varel

**Seminarzeit** Jeweils 09:00 bis 16:00 Uhr

**Seminarumfang** 16 Unterrichtseinheiten á 45 Minuten

**Seminargebühr** **130,00 Euro**

## 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:** **Sensomotorische Wahrnehmungsschulung durch Malen**  
**Datum der Fortbildung:** **18. Juni 2024 bis 19. Juni 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