

## Tagesseminar: Workshopreihe für Wohnbereichsleitungen in stationären Pflegeeinrichtungen - Selbstfürsorge und Stressmanagement

für Wohnbereichsleitungen in stationären Pflegeeinrichtungen

11. November 2024

### Seminarbeschreibung

<b>Seminarziel</b>	Ziel dieser Workshopreihe ist die Kompetenzerweiterung der Wohnbereichsleitung. Sie wird in dieser Workshopreihe dazu befähigt, eine Versorgungseinheit/ einen Wohnbereich sowohl für die Mitarbeiter als auch für die Bewohner und die Geschäftsführung fördern
<b>Seminarinhalte</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 1. Termin am 22.07.2024: Kommunikation und Konfliktmanagement</li><li>• 2. Termin am 08.08.2024: Personalführung und Teambuilding</li><li>• 3. Termin am 17.09.2024: Pflegedokumentation und Qualitätsmanagement</li><li>• 4. Termin am 22.10.2024: Gesundheitsförderung und Prävention</li><li>• 5. Termin am 12.11.2024: Selbstfürsorge und Stressmanagement</li></ul>
<b>Abschluss</b>	Trägerbescheinigung
<b>Zielgruppe</b>	Wohnbereichsleitungen in stationären Pflegeeinrichtungen
<b>Seminarzeitraum</b>	11. November 2024
<b>Seminarort</b>	campus MB gGmbH, Neue Straße 26 in 26316 Varel
<b>Seminarzeit</b>	14:00 bis 10:00 Uhr
<b>Seminarumfang</b>	4 Unterrichtseinheiten á 45 Minuten
<b>Seminargebühr</b>	<b>40,00 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:** **Tagesseminar: Workshopreihe für Wohnbereichsleitungen in stationären Pflegeeinrichtungen - Selbstfürsorge und Stressmanagement**

**Datum der Fortbildung:** **11. November 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

