

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

## **Mit Therapiepuppen verzaubern ? Einen magischen Zugangsweg für Menschen mit Demenz finden**

für Betreuungskräfte, Pflegehelfer sowie Pflegefachkräfte

11. Dezember 2024 bis 12. Dezember 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>• Anleitung zum professionellen Umgang mit der Puppe</li><li>• Puppenspiel-Training: Praktische Übung</li><li>• Live-Demonstration vieler Beispiel-Situationen aus der Praxis</li><li>• Kontaktaufbau zwischen Puppe und Bewohner</li><li>• Problemsituationen mit Hilfe der Puppe lösen</li><li>• Optimaler Einsatz der Puppen im Demenzbereich</li><li>• Praktische Übungen</li></ul>
<b>Abschluss</b>	Trägerbescheinigung
<b>Zielgruppe</b>	Betreuungskräfte, Pflegehelfer sowie Pflegefachkräfte
<b>Seminarzeitraum</b>	11. Dezember 2024 bis 12. Dezember 2024
<b>Seminarort</b>	campus MB gGmbH, Lange Straße 7 in 26935 Stadland/Rodenkirchen
<b>Seminarzeit</b>	Jeweils 09:00 bis 16:00 Uhr
<b>Seminarumfang</b>	16 Unterrichtseinheiten á 45 Minuten
<b>Seminargebühr</b>	<b>140,00 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:** **Mit Therapiepuppen verzaubern ? Einen magischen Zugangsweg für Menschen mit Demenz finden**

**Datum der Fortbildung:** **11. Dezember 2024 bis 12. Dezember 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