

Anrechenbar auf die jährliche Pflichtfortbildung für Betreuungskräfte nach § 53c SGB XI (zuvor § 87b SGB XI)

## **Tagesseminar: Erfolgreiche Gestaltung und Durchführung eines Angehörigenabends**

für Betreuungskräfte

18. November 2024

### **Seminarbeschreibung**

<b>Seminarziel</b>	Ziel dieses Seminars ist es, den Teilnehmern das nötige Wissen und die praktischen Fähigkeiten zu vermitteln, um einen erfolgreichen und ansprechenden Angehörigenabend zu gestalten und durchzuführen. Dieses Seminar ist anrechenbar auf die jährliche Pflicht
<b>Seminarinhalte</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Grundlagen der Angehörigenarbeit in der Altenpflege</li><li>• Bedeutung und Ziele eines Angehörigenabends</li><li>• Planung und Organisation eines Angehörigenabends</li><li>• Auswahl geeigneter Themen und Inhalte</li><li>• Kreative Gestaltung und Präsentation</li><li>• Kommunikation mit Angehörigen und Bewohnern</li><li>• Umgang mit verschiedenen Situationen während des Abends</li><li>• Evaluation und Weiterentwicklung des Angehörigenabends</li></ul>
<b>Abschluss</b>	Trägerbescheinigung
<b>Zielgruppe</b>	Betreuungskräfte
<b>Seminarzeitraum</b>	18. November 2024
<b>Seminarort</b>	campus MB gGmbH, Neue Straße 26 in 26316 Varel
<b>Seminarzeit</b>	09:00 bis 16:00 Uhr
<b>Seminarumfang</b>	8 Unterrichtseinheiten á 45 Minuten
<b>Seminargebühr</b>	<b>95,00 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: Erfolgreiche Gestaltung und Durchführung eines Angehörigenabends**

**Datum der Fortbildung:** **18. 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

\_\_\_\_\_  
Name