

*Jährliche Pflichtfortbildung für Praxisanleiter:innen nach § 4 Abs. 3 PflAPrV*

## **Thema: Erfolgreiche Kommunikation und Konfliktbewältigung für Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter in der Pflege**

für Pflegefachkräfte mit einer Weiterbildung zu Praxisanleiterinnen oder Praxisanleiter in der Pflege

6. März 2023 bis 8. März 2023

### **Seminarbeschreibung**

<b>Seminarziel</b>	Ziel des Seminars ist, Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter zur erfolgreichen Kommunikation in und zur Bewältigung von Konflikten mit Schülerinnen und Schülern im Berufsalltag zu befähigen.
<b>Seminarinhalte</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Reflexion der beruflichen Praxis</li><li>• Grundlagen der Kommunikation</li><li>• Gesprächstechniken</li><li>• Konfliktdefinition</li><li>• Konfliktarten</li><li>• Konfliktebenen</li><li>• Kommunikation in Konfliktsituationen</li></ul>
<b>Abschluss</b>	Trägerbescheinigung
<b>Zielgruppe</b>	Pflegefachkräfte mit einer Weiterbildung zu Praxisanleiterinnen oder Praxisanleiter in der Pflege
<b>Seminarzeitraum</b>	6. März 2023 bis 8. März 2023
<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>	24 Unterrichtseinheiten á 45 Minuten
<b>Seminargebühr</b>	<b>230,00 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: Erfolgreiche Kommunikation und Konfliktbewältigung für Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter in der Pflege**

**Datum der Fortbildung:** **6. März 2023 bis 8. März 2023**

**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