

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

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

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

17. Juni 2025 bis 19. Juni 2025

### **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>	17. Juni 2025 bis 19. Juni 2025
<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>240,00 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 Praxisanleiter:innen in der Pflege**

**Datum der Fortbildung:** **17. Juni 2025 bis 19. Juni 2025**

**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