

Weiter- bzw. Fortbildung „Spezielle Schmerzpsychotherapie für Kinder und Jugendliche“ 2020/21

Die von der Akademie für Spezielle Schmerzpsychotherapie der DGPSF e. V. angebotenen Curricula entsprechen den seit dem 01.01.2006 gültigen Richtlinien der vier deutschen Schmerzgesellschaften (DGPSF, Deutsche Schmerzgesellschaft, DGS und DMKG) und sind von der gemeinsamen Prüfungskommission Spezielle Schmerzpsychotherapie (PK-SSPT) als Weiter-/Fortbildung in Spezieller Schmerzpsychotherapie für Kinder und Jugendliche anerkannt.

Die Richtlinien der vier Schmerzgesellschaften für „Spezielle Schmerzpsychotherapie für Kinder und Jugendliche“ beinhalten erstens den Nachweis über die Teilnahme an Schmerz-Lehrveranstaltungen (im Erwachsenenbereich) eines von der Prüfungskommission vorab akkreditierten Curriculums im Umfang von mindestens 48 Unterrichtsstunden. Die Akademie für Spezielle Schmerzpsychotherapie der DGPSF bietet diese Unterrichtsstunden als Wochenendveranstaltungen (16 Unterrichtsstunden pro Wochenende in jeweils 3 Modulen) an. Diese Weiter-/Fortbildungseinheiten der Akademie werden jeweils in Bochum, Dresden, Hamburg und Mainz angeboten.

Zweitens beinhalten die Richtlinien der vier Schmerzgesellschaften speziell für „Spezielle Schmerzpsychotherapie für Kinder und Jugendliche“ den Nachweis über die Teilnahme an Lehrveranstaltungen im Umfang von 32 Unterrichtsstunden. Dabei handelt es sich um ein von der Prüfungskommission akkreditiertes Curriculum mit Weiter-/Fortbildungsinhalten spezifisch für Kinder und Jugendliche. Die Akademie für Spezielle Schmerzpsychotherapie der DGPSF bietet diese in vier Modulen an zwei Wochenenden (mit jeweils 16 Unterrichtsstunden pro Wochenende) an. Diese kinderspezifischen Weiter-/Fortbildungswochenenden der Akademie werden ausschließlich in Selm (bei Datteln) angeboten.

Die Teilnahmegebühr beträgt 400,00 EUR pro Wochenende. Die Gesamtgebühr von 800,00 EUR ist spätestens 6 Wochen vor Modul 1 zu überweisen. Bei Abmeldung bis 6 Wochen vor Beginn von Modul 1 beträgt die Stornogebühr die Hälfte der Gebühr für das Gesamtcurriculum, sofern kein Ersatzteilnehmer gefunden wird. Bei Abmeldung bis zwei Wochen vor Modulbeginn im laufenden Curriculum werden 50,00 EUR pro Modul berechnet, danach wird die Teilnahmegebühr in voller Höhe fällig.

Alle Module haben Teilnehmerzahlbeschränkungen (z. Zt. 15 Teiln.). Es empfiehlt sich eine rechtzeitige Anmeldung. Die Gebühr wird auf folgendes Konto überwiesen: **Akademie für Spezielle Schmerzpsychotherapie der DGPSF e. V., IBAN DE79 5609 0000 0000 0861 66, BIC GENODE51KRE, Volksbank Rhein-Nahe-Hunsrück eG.** Geben Sie unter Verwendungszweck bitte Teilnehmernamen und Modulbenennung an.

Weitere Informationen wie Wegbeschreibungen mit Anschrift, Anfangszeiten und Hotelvorschläge senden wir Ihnen automatisch ca. zwei Wochen vor Modulbeginn zu.

Änderungen der angegebenen Termine, der Veranstaltungsorte, der Dozenten oder der Ausfall von Modulen oder eines gesamten Curriculums wegen unzureichender Teilnehmerzahlen oder sonstiger wesentlicher Gründe bleiben vorbehalten.

Akademie für Spezielle
Schmerzpsychotherapie der DGPSF e. V.
Obere Rheingasse 3
56154 Boppard

Verbindliche Anmeldung zur Speziellen Schmerz-Psychotherapie (SSPT) Weiter-/Fortbildung

Weiter-/Fortbildungsinhalte spezifisch für den Altersbereich Kinder und Jugendliche in Selm (bei Datteln) 2020/21 - Hiermit melde ich mich verbindlich zu folgenden Veranstaltungen an (bitte ankreuzen):

- Modul 1 **24.10.2020 (8 Ustd.)** **Dr. Julia Wager:** Psychologische Grundlagen und Diagnostik
 Modul 2 **25.10.2020 (8 Ustd.)** **Dr. Michael Dobe:** Anamnese und VT-Methoden, Teil 1
- Modul 3 **09.01.2021 (8 Ustd.)** **Dr. Michael Dobe:** VT-Methoden, Teil 2
 Modul 4 **10.01.2021 (8 Ustd.)** **Dr. Michael Dobe:** Familientherapeutische und Tiefenpsychologische Ansätze sowie Umgang mit Komorbidität

Name, Titel, Vorname: _____

Anschrift: _____

Tel.: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

Ihre Bankverbindung für evtl. Rücküberweisung: Bank: _____

IBAN: _____ BIC: _____

Diplom/Master/Staatsexamen am: _____ an Uni: _____

Psychotherapie-Ausbildung bei: _____

Ort: _____ Approbation seit: _____

Psychotherapeutenkammer: _____

Derzeitige Berufstätigkeit: Klinik /Praxis /Andere: _____

Mit Ihrer Anmeldung erklären Sie sich insbesondere auch in datenschutzrechtlicher Hinsicht damit einverstanden, dass die im Rahmen Ihrer Anmeldung notwendigen personenbezogenen Daten von uns elektronisch verarbeitet werden und im Rahmen der Durchführung des Curriculums an Dritte (Psychotherapeutenkammern für die Vergabe von Fortbildungspunkten; Teilnehmer z. B. für die Bildung von Fahrgemeinschaften usw.) weitergegeben werden.

Ort: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____