

Weiter- bzw. Fortbildung „Spezielle Schmerzpsychotherapie“ 2010/11

Die von der *Akademie für Schmerzpsychotherapie der DGPSF e. V.* angebotenen Curricula entsprechen den seit dem 01.01.2006 gültigen Richtlinien der vier deutschen Schmerzgesellschaften (DGPSF, DGSS, DGS und DMKG) und sind von der gemeinsamen Prüfungskommission Spezielle Schmerzpsychotherapie (Pk-SSPT) als Weiterbildung in Spezieller Schmerzpsychotherapie anerkannt. Die Richtlinien der vier Schmerzgesellschaften beinhalten den Nachweis über die Teilnahme an Lehrveranstaltungen eines von der Prüfungskommission vorab akkreditierten Curriculums im Umfang von mindestens 80 Unterrichtsstunden. Die Akademie für Schmerzpsychotherapie der DGPSF bietet diese als Wochenendveranstaltungen (16 Unterrichtsstunden pro Wochenende in jeweils 2 Modulen) an. Die Weiterbildung der Akademie wird in Bochum, Mainz und Norddeutschland angeboten.

Die Teilnahmegebühr beträgt EUR 300,00 pro Wochenende. Bei Belegung eines Gesamtcurriculums (80 Stunden, entsprechend 5 Wochenenden) werden die ersten vier Wochenenden jeweils mit EUR 300,00 Teilnahmegebühren berechnet, das fünfte Wochenende mit EUR 50,00.

Die Anmeldung für einzelne Wochenenden ist auch möglich, sofern freie Plätze verfügbar sind. Die Teilnahmegebühr für einzelne Wochenenden beträgt EUR 300,00. Anmeldungen für ein vollständiges Curriculum werden bevorzugt akzeptiert.

Die Kursgebühr ist spätestens 6 Wochen vor dem Modul zu überweisen. Bei Abmeldung bis 2 Wochen vor Kursbeginn beträgt die Stornogebühr EUR 50,00, danach wird die Kursgebühr in voller Höhe berechnet.

Alle Kurse haben Teilnehmerzahlbeschränkungen (z. Zt. 15 Teiln.). Es empfiehlt sich eine rechtzeitige Anmeldung. Die Gebühr wird auf folgendes Konto überwiesen: **Akademie für Schmerzpsychotherapie der DGPSF e. V. Konto-Nr. 86 166, Volksbank Boppard eG (BLZ 570 915 00)**. Geben Sie unter Verwendungszweck Teilnehmername, Ausbildungsort (Bochum, Nord oder Mainz) und Modulbenennung an.

Genauere Kurs- und Wegbeschreibungen mit Anschrift, Anfangszeiten und Hotелеmpfehlungen senden wir Ihnen automatisch zwei Wochen vor Kursbeginn zu.

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

Verbindliche Anmeldung zur Speziellen Schmerz-Psychotherapie (SSPT) Weiterbildung
(gültig erst nach Eingang der Anmeldegebühr)

Hiermit melde ich mich verbindlich zu folgenden Veranstaltungen **2010/2011** bei der Akademie für Schmerzpsychotherapie der DGPSF e. V. (Curriculum Nord) an (bitte ankreuzen):

- | | | | |
|--------------------------|-----------|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Modul 1.1 | 06.11.2010 (8 Ustd.) | M. Hüppe: Psychologische Grundlagen (Lübeck) |
| <input type="checkbox"/> | Modul 1.2 | 07.11.2010 (8 Ustd.) | M. Lindig, S. Schulzeck: Medizinische Grundlagen (Lübeck) |
| <input type="checkbox"/> | Modul 2.1 | 13.11.2010 (8 Ustd.) | H. Traue: Emotions- und körperorientierte Ansätze
Tiefenpsychologische Ansätze (Hamburg) |
| <input type="checkbox"/> | Modul 2.2 | 14.11.2010 (8 Ustd.) | M. Hüppe, R. Klinger: Anamnese und Diagnostik (Hamburg) |
| <input type="checkbox"/> | Modul 3.1 | 15.01.2011 (8 Ustd.) | P. Kropp, U. Niederberger: Kopfschmerz: Diagnostik (Kiel) |
| <input type="checkbox"/> | Modul 3.2 | 16.01.2011 (8 Ustd.) | P. Kropp, U. Niederberger: Kopfschmerz: Therapie(Kiel) |
| <input type="checkbox"/> | Modul 4.1 | 19.02.2011 (8 Ustd.) | K. Hafenbrack, R. Klinger: Rückenschmerz: Diagnostik (Hamburg) |
| <input type="checkbox"/> | Modul 4.2 | 20.02.2011 (8 Ustd.) | K. Hafenbrack, R. Klinger: Rückenschmerz: Therapie (Hamburg) |
| <input type="checkbox"/> | Modul 5.1 | 19.03.2011 (8 Ustd.) | O. Schmid: Med. Aspekte von neuropathischen Schmerzen,
Tumorschmerz und Rheumaschmerz (4 Ustd.)
J. Frettlöh: PT bei neuropathischem Schmerz (4 Ustd.) (Göttingen) |
| <input type="checkbox"/> | Modul 5.2 | 20.03.2011 (8 Ustd.) | A. Willweber-Strumpf: PT bei Tumorschmerz (4 Ustd.)
I. Heidrich: PT bei rheumatischem Schmerz (4 Ustd.) (Göttingen) |

Name, Titel, Vorname: _____

Anschrift: _____

Tel.: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

Ihre Bankverbindung für evtl. Rücküberweisung: Kto.Nr.: _____

BLZ: _____ Bank: _____

Diplom/Staatsexamen am: _____ an Uni: _____

Psychotherapie-Ausbildung bei: _____

Ort: _____ Approbation seit: _____

Derzeitige Berufstätigkeit: Klinik / Praxis / Andere: _____

Ort: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____