

Anmeldeformular

Bitte Rücksendung an:

Institut für Schmerztherapie München
Dr. Anke Pielsticker
Tal 15
80331 München

Verbindliche Anmeldung zur Fortbildung „Speziellen Schmerz-Psychotherapie“
(gültig erst nach Eingang der Anmeldegebühr)

Hiermit melde ich mich verbindlich zu folgenden Veranstaltungen an (bitte ankreuzen):
Teilnahme am Gesamtblock des Theoriecurriculums (80 Std. für 1.350 €)

Teilnahme an einzelnen Modulen (pro Modul 150 € bitte ankreuzen)

- Modul 1: 14.01.12 (9.30-17h) Pielsticker, Psychologische Grundlagen (8 UE)
- Modul 2: 15.01.12 (9.30-17h) Berthele, Medizinische Grundlagen (8 UE)
- Modul 3: 11.02.12 (9.30-17h) Kopp, Anamnese und Diagnostik (8 UE)
- Modul 4: 12.02.12 (9.30-17h) Derra, Psychodynamische Schmerzkonzepte (8 UE)
- Modul 5: 03.03.12 (9.30-17h)
 - Modul 5a: Petery, Physiotherapeutische Methoden (2 UE)
 - Modul 5b: Straube, neuropathischer Schmerz-Grundlagen (4 UE)
 - Modul 5c: Schröter, neuropathischer Schmerz-Behandlung (2 UE)
- Modul 6: 04.03.12 (9.30-17h) Stenzel, Verhaltenstherapeutische Methoden (8 UE)
- Modul 7: 24.03.12 (9.30-17h) Willweber-Strumpf
 - Modul 7a: Tumorschmerz-Grundlagen und Behandlung (4 UE)
 - Modul 7b: Medikamentenabhängigkeit und -entzug (2 UE)
 - Modul 7c: Interdisziplinarität (2 UE)
- Modul 8: 25.03.12 (9.30-17h) Pfingsten, Rückenschmerzen (8 UE)
- Modul 9: 16.06.12 (9.30-17h) Kropp/Niederberger, Kopfschmerz (8 UE)
- Modul 10: 17.06.12 (9.30-17h) Kropp/Niederberger
 - Modul 10a: Biofeedback (4 UE)
 - Modul 10b: Fibromyalgiesyndrom (2 UE)
 - Modul 10c: Rheuma (2 UE)

Teilnahme an Gruppensupervision (pro Termin 100 € bitte ankreuzen)

- Gruppensupervision 13.01.12 (16-19h) Pielsticker
- Gruppensupervision 10.02.12 (16-19h) Pielsticker
- Gruppensupervision 02.03.12 (16-19h) Pielsticker
- Gruppensupervision 15.06.12 (16-19h) Pielsticker

Name, Titel, Vorname: _____

Anschrift: _____

Tel.: _____ Fax: _____

e-mail: _____

Ihre Bankverbindung für evtl. Rücküberweisung:

Konto-Nr. _____ BLZ: _____

Bank: _____

Diplom/Staatsexamen am : _____ an Uni: _____

Psychotherapie-Ausbildung bei: _____

Ort: _____ Approbation seit: _____

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit den Anmeldebedingungen einverstanden und verpflichte mich zur Zahlung der Teilnahmegebühr.

Ort: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____