

Weiter- bzw. Fortbildung „Spezielle Schmerzpsychotherapie“ 2017

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, Deutsche Schmerzgesellschaft, 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, Dresden, Hamburg und Mainz angeboten.

Die Teilnahmegebühr beträgt 300,00 EUR pro Wochenende. Bei Belegung eines Gesamtcurriculums (80 Stunden, entsprechend 5 Wochenenden) werden die ersten vier Wochenenden jeweils mit 300,00 EUR Teilnahmegebühren berechnet, das fünfte Wochenende mit 50,00 EUR, so dass die Gesamtkosten dann 1.250,00 EUR betragen.

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

Die Teilnahmegebühr 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 Schmerzpsychotherapie der DGPSF e. V., Konto-Nr. 86 166, Volksbank Rhein-Nahe-Hunsrück eG (BLZ 560 900 00), IBAN DE79 5609 0000 0000 0861 66, BIC GENODE51KRE.** Geben Sie unter Verwendungszweck Teilnehmernamen, Ausbildungsort (Bochum, Dresden, Hamburg oder Mainz) 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
Schmerzpsychotherapie der DGPSF e. V.
Obere Rheingasse 3
56154 Boppard

Verbindliche Anmeldung zur Speziellen Schmerz-Psychotherapie (SSPT) Weiterbildung

Curriculum Dresden 2017 – Hiermit melde ich mich verbindlich zu folgenden Veranstaltungen bei der Akademie für Schmerzpsychotherapie der DGPSF e. V. (Curriculum Dresden) an (bitte ankreuzen):

- Modul 1.1 **12.08.2017** **P. Nilges:** Psychologische Grundlagen (8 Ustd.)
- Modul 1.2 **13.08.2017** **R. Sabatowski:** Med. Grundlagen (4 Ustd.)
R. Scharnagel: Med. Schmerztherapie (4 Ustd.)
- Modul 2.1 **02.09.2017** **M. Hüppe:** Anamnese und Diagnostik (8 Ustd.)
- Modul 2.2 **03.09.2017** **A. Diezemann:** Verhaltenstherapeutische Methoden (8 Ustd.)
- Modul 3.1 **21.10.2017** **M. Pflingsten:** Rückenschmerz (8 Ustd.)
- Modul 3.2 **22.10.2017** **C. Derra:** Psychodynamische Konzepte und Psychotherapie (8 Ustd.)
- Modul 4.1 **04.11.2017** **E. Liesering-Latta:** Kopfschmerz (8 Ustd.)
- Modul 4.2 **05.11.2017** **J. Frettlöh:** Neuropathischer Schmerz (4 Ustd.)
R. Schesser: Physiotherapie (4 Ustd.)
- Modul 5.1 **16.12.2017** **S. Heitfeld:** Medikamentenabhängigkeit und Entzug/Interdisziplinarität (4 Ustd.)
B. Hornemann: Tumorschmerz (4 Ustd.)
- Modul 5.2 **17.12.2017** **B. Kappis:** Rheuma/Fibromyalgie (4 Ustd.)
B. Kappis: Biofeedback und Entspannung (4 Ustd.)

Name, Titel, Vorname: _____

Anschrift: _____

Tel.: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

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

BLZ: _____ Bank: _____

IBAN: _____ BIC: _____

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

Psychotherapie-Ausbildung bei: _____

Ort: _____ Approbation seit: _____

Psychotherapeutenkammer: _____

Derzeitige Berufstätigkeit: Klinik /Praxis /Andere: _____

Ort: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____