|  |  |
| --- | --- |
| **Thema** | ***„Heute findet Anleitung statt“***  **Workshop:**  **Methoden einer gelingenden Praxisanleitung** |
| **Zielgruppe** | Pflegekräfte mit Weiterbildung zur Praxisanleitung  **Praxisanleiter\*innen** |
| **Seminarziel** | Praxisanleiter\*innen   * vertiefen verschiedene Methoden der Praxisanleitung * erkennen Vor- und Nachteile sowie Schwierigkeiten dieser Methoden * wählen situativ und angepasst an den Ausbildungsstand Methoden aus |
| **Inhalte** | * Anleitungsmethoden und ihre Ziele * Sinnvolle Auswahl der Anleitungsmethoden nach Inhalt und Auszubildendsstand * Stolpersteine der Methoden * Planung und Durchführung von Anleitung |
| **Referent\*innen** | Sabine Glemnitz (Lehrerin für Pflegeberufe, Krankenschwester, Kinästhetik-Trainerin)  Robert Wietzke (Pflegepädagoge, Gesundheits- und Krankenpfleger) |
| **Termine/Uhrzeiten:** | **Dienstag, 26.10.2021**  08:15 - 15:30 Uhr  8 UE |
| **Kursgebühr pro Teilnehmer/in** | 150,00 € (2 Wochen vor Fortbildung überweisen)  **Hinweis:** Die Kosten der Praxisanleitung werden ausbildenden Einrichtungen aus dem Ausgleichsfonds ersetzt. |
| **Veranstaltungsort** | **DIALOG-Bildungsinstitut Kassel**  **Frankfurter Straße 170, 34121 Kassel** |
| **Kontakt** | Verwaltung oder Sabine Glemnitz/Robert Wietzke  Tel.: 0561 710586 0561 703402-27  Fax: 0561 710587  E-Mail: pflegeschule@dialog-kilian.de |

**Faxantwort**

Anmeldung Fortbildung Praxisanleitung

**Nr: PA 02-2021**

**Termin:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fax: DIALOG-Bildungsinstitut Kassel**

**Fax-Nr: 0561-710587**

Anschrift Einrichtung/Stempel

**❒ Ich nehme an der Fortbildung für Praxisanleitende Nr. PA 02-2021 teil.**

**❒ Kursgebühr in Höhe von 150,00 € wurde überweisen am\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Name:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vorname\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straße:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nr:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PLZ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ort:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon betrieblich\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Handy \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-Mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift