Liebe Tagungsteilnehmerin, lieber Tagungsteilnehmer,

Bitte kreuzen Sie in diesem Anmeldungsformular an, ob Sie als Arzt/Psychologe oder als Pflege-mitarbeiter/nicht-akademischer Teilnehmer die Tagung besuchen möchten (Barzahlung vor Ort):

 **Beide Tage Nur Freitag Nur Samstag**

Arzt/Psychologe \_\_ (90€) \_\_ (45€) \_\_ (45€)

Pflege etc. \_\_ (65€) \_\_ (40€) \_\_ (40€)

Bitte wählen Sie für jeden Tag einen Workshop aus, den Sie besuchen möchten und alternativ einen zweiten (falls für den ersten Wunsch bereits alle Plätze belegt sind):

**Freitag, 29.11.2019 Samstag, 30.11.2019**

**1. Wunsch 2. Wunsch 1. Wunsch 2. Wunsch**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  \_\_\_\_ \_\_\_\_ | **Einsatz von Skills bei dissoziativen Anfällen in der Praxis**H. Welteke & Team(Johanna-Barner-Saal) |  \_\_\_\_ \_\_\_\_ | **„Bewegen – Besinnen – Begreifen – Bedeuten“ Körpertherapie bei Menschen mit psychogenen nicht-epileptischen Anfällen**B. Munz(Tanz- und Bewegungstherapieraum) |
|  \_\_\_\_ \_\_\_\_ | **Rain Man meets Frankenstein - Psychopathologie einmal anders, psychische Störungen im Film** C. Kurth(Konferenzraum 1) |  \_\_\_\_ \_\_\_\_ | **Herausforderungen durch Familien im Kinderschutz**Kinderschutzteam(Johanna-Barner-Saal)) |
|  \_\_\_\_ \_\_\_\_ | **Affektive Resonanz- und Dissonanzphänomene beim Ansehen von Anfällen**M. Schöndienst & N. Füratsch(Konferenzraum 2) |

Ich nehme am Abendprogramm am Freitag 29.11.2019 Teil: \_\_\_\_\_

 Nicht teil: ­­­­\_\_\_\_\_

Bitte geben Sie noch Ihre persönlichen Daten an:

Name: email:

Vorname: Fax-Nummer:

Adresse: Telefon:

Bitte ausgefülltes Formular zurücksenden an email: kmathews@epilepsiezentrum.de oder an Fax: 07851-842600.

**Anmeldeschluss: Sonntag, 24.11.2019**