

BOBATH-Kurszentrum Bremen-Mitte

www.bobath-kurs-bremen.de

Fragebogen zur Teilnahme am Bobath-Grundkurs in Bremen 2021/2022

Informationen und Anmeldung

Karoline Munsch
Mühlenstraße 159
28779 Bremen

Kursort

Klinikum-Bremen-Mitte
Prof.-Hess-Kinderklinik
Friedrich-Karl-Straße
28177 Bremen

Bewerberdatum:

Angaben für die Datenerfassung

1. Name: Vorname:

2. Geburtsdatum:

3. (Korrespondenz-) Anschrift:

PLZ: Ort:

Straße:

Bundesland:

4. Telefon: E-Mail

5. Beruf: (bitte Berufsurkunde beifügen)

6. Anschrift des Arbeitgebers:

Bezeichnung:

PLZ: Ort:

Straße:

Bundesland:

7. Arbeitsbereich(e) (Mehrfachnennungen möglich):

- Frühförderstelle (Sonder-) Tagesstätte (Sonder-) Schule
- Werkstatt für Behinderte Praxis

Andere:

8. Therapeutische Arbeit mit Kindern:

- Angestellt Freiberuflich
- Vollzeit Teilzeit Stundenweise

9. Erfahrung in der Arbeit mit Kindern mit Zerebralparese :

Wo:

Wie lange:

Wie viele Stunden in der Woche:

Mit oder ohne Anleitung durch Bobath-TherapeutIn:

10. An welchen Fortbildungen und Weiterbildungslehrgängen für die Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage haben Sie bisher teilgenommen? (Kursart und Jahr der Absolvierung):

.....
.....
.....

11. Ist eine regelmäßige Arbeit mit Kindern mit entsprechender Indikation (zerebralen Bewegungsstörungen sowie weiteren sensomotorischen Störungen und anderen neurologischen und neuromuskulären Erkrankungen) zwischen den Kursteilen gewährleistet?
.....

12. Was würde sich, Ihren Vorstellungen nach, bei Ihrer Arbeit ändern, wenn Sie einen Bobath-Kurs erfolgreich abgeschlossen hätten?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

13. Hiermit versichere ich, dass ich die geforderte 2-jährige Vollzeit-Berufstätigkeit erfüllt habe, sowie den gesetzlich vorgeschriebenen Masernimpfschutz vorweisen kann.

(Ort)

(Datum)

(Unterschrift)