

# BOBATH-Kurszentrum Bremen-Mitte

[www.bobath-kurs-bremen.de](http://www.bobath-kurs-bremen.de)

## Fragebogen zur Teilnahme am Bobath-Grundkurs in Bremen 2025/26

### Informationen und Anmeldung

Praxis für Physiotherapie  
Karoline Munsch  
Lüssumer Str. 1  
28779 Bremen  
Tel.: 0421 600047  
[info@physio-praxis-munsch.de](mailto:info@physio-praxis-munsch.de)

### Kursort

Klinikum-Bremen-Mitte  
Bildungsakademie/  
Bereich Fort- und Weiterbildung  
Friedrich-Karl-Str.  
28205 Bremen

### Angaben für die Datenerfassung

1. Name: ..... Vorname: .....

2. Geburtsdatum: .....

3. Anschrift:

Straße: .....

PLZ: ..... Ort: .....

4. Telefon (privat/dienstlich): .....

E-Mail .....

5. Beruf: ..... (bitte unbedingt **Berufsurkunde beifügen**)

6. Anschrift des Arbeitgebers:

Bezeichnung: .....

Straße: .....

PLZ: ..... Ort: .....

7. Rechnungsanschrift:

Privatadresse:  Arbeitgeberadresse:

**8. Tabellarischer Lebenslauf der Berufstätigkeit (bitte als Anlage beifügen)**

**9. Erfahrung in der Arbeit mit Kindern und Erwachsenen mit Cerebralparese / neuromuskulären / neurologischen Erkrankungen / Syndromen:**

Diagnose der Patienten:.....

Seit wann: .....

Anzahl der behandelten Kinder mit entsprechender Diagnose (Schätzung)

< 5                       <20                       mehr als 20

- Mit Anleitung durch Bobath-Therapeut\*in
- Ohne Anleitung durch Bobath-Therapeut\*in    (bitte Zutreffendes ankreuzen)

**10. Ist eine regelmäßige Arbeit mit Kindern mit entsprechender Indikation (cerebrale Bewegungsstörung / Syndrome / neurologische und / oder neuromuskulären Erkrankungen) zwischen den Kursteilen gewährleistet?**

Ja /  Nein                      (bitte Zutreffendes ankreuzen)

**11. An welchen Fortbildungen und Weiterbildungslehrgängen für die Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage haben Sie bisher teilgenommen? (Kursart und Jahr)**

.....

**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 o.g. Fragen wahrheitsgemäß beantwortet habe und die geforderte 2-jährige Berufstätigkeit in Vollzeit erfüllt habe (Anforderung der Krankenkassen).**

**Bei Erhalt einer Kurszusage lasse ich Ihnen die Impfnachweise der zu Kursbeginn im Gesundheitswesen erforderlichen Impfungen zukommen (Voraussetzung für die Teilnahme).**

---

Ort

Datum

Unterschrift