

BOBATH-Kurszentrum Bremen-Mitte

www.bobath-kurs-bremen.de

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

Informationen und Anmeldung

physio zentrum blumenthal
K. Munsch/E. Stamatopoulos
Lüssumer Str. 1
28779 Bremen
Tel.: 0421 600047
info@pz-blumenthal.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