

Anmeldeformular zur BALINTGRUPPE

Gem. den Richtlinien soll die Balintgruppe mindestens einmal im Monat stattfinden und sich über mindestens 6 Monate erstrecken.

Ein Termin beinhaltet 2 Doppelstunden; also 4 Balintstunden.

Für die geforderten 30 Stunden Balintgruppe benötigen Sie somit insg. 8 Termine.

Sobald Ihre schriftliche Anmeldung (per Post, Fax oder E-Mail) vorliegt, erhalten Sie eine Bestätigung Ihrer Teilnahme sowie die Rechnung für den 1. Block (= 4 Termine) über € 312,00.

Die Rechnung für den 2. Block (= 4 Termine) ebenfalls über € 312,00, erhalten Sie zu einem späteren Zeitpunkt. Der Rechnungsbetrag ist rechtzeitig vor dem ersten Termin per Überweisung zu begleichen, da sonst kein Anspruch auf die Teilnahme besteht.

Sollten Sie einen reservierten Termin nicht wahrnehmen können, informieren Sie uns bitte bis spätestens 2 Tage (Sa., So. und gesetzl. Feiertage ausgenommen) vor dem Termin. Bei unentschuldigtem Fernbleiben wird Ihnen der Betrag für diese Veranstaltung in Höhe von € 78,00 in Rechnung gestellt.

Bitte bringen Sie zu jedem Termin einen EFN-BarCode-Aufkleber mit. Nur so können wir die erworbenen Punkte Ihrem Fortbildungskonto gutschreiben lassen.

Nach jedem Veranstaltungstermin, an dem Sie komplett teilgenommen haben, erhalten Sie eine Teilnahmebescheinigung über 4 Balintstunden ausgehändigt. Nach Ihrem letzten Balinttermin erhalten Sie von uns zusätzlich ein Gesamtattest.

Sollte die maximale Teilnehmerzahl einer Veranstaltung erreicht sein, werden wir Sie umgehend darüber informieren um einen neuen Termin für Ihre Teilnahme zu finden.

**Hiermit melde ich mich verbindlich für folgende Balintgruppe an:
(bitte gewünschte Termine unterstreichen)**

Veranstaltungsort: Praxis Dr. Stjepan Pervan, Humboldtstr. 25, D-60318 Frankfurt/M.

Freitag, 17.00h-20.00h

16.10.2020 30.10.2020 06.11.2020 11.12.2020

Samstag, 9.30h-12.30h

10.10.2020 17.10.2020 31.10.2020 07.11.2020 12.12.2020

Mittwoch, 17.00h-20.00h

07.10.2020 02.12.2020

Ich benötige insgesamt _____ Stunden

Name, Vorname (+Titel): _____ geb.: _____

Anschrift: _____

Tel./Mobil: _____ **E-Mail:** _____

→ Ich habe von diesem Kurs erfahren durch/über _____

- Ich bin
- Assistenzärztin/-Arzt in Weiterbildung zum Facharzt für
 - Fachärztin/-Arzt im Klinikdienst, Fachbereich
 - Niedergelassene Ärztin/Arzt für
 - Anderes (bitte nennen)

.....
Ort / Datum / Unterschrift - Stempel