

Deutsch-Fortbildung für Personal im Gesundheitsbereich

Sprachliche Handlungsfähigkeit und kommunikatives Verständnis



ZIELGRUPPE:

Diese Fortbildung ist für alle offen, die ihre DEUTSCHKENNTNISSE verbessern und vertiefen wollen. KOMMUNIKATIONSFÄHIGKEITEN und ein grundlegendes Verständnis für sprachliche Ausdrucksmöglichkeiten sind von großer Bedeutung für das Gelingen zwischenmenschlicher und professioneller Beziehungen.

ZIEL:

Ziel ist die Verbesserung der sprachlichen Handlungsfähigkeit, Professionalität und die Sensibilisierung gegenüber interkulturellen Kommunikationsvorgängen.

INHALT:

- **Wortschatz und kommunikatives Verständnis:**
mit unterschiedlichen Gesprächspartnern:
wie: PatientInnen und KlientInnen, Vorgesetzten, Angehörigen, KollegInnen...
in unterschiedlichen Gesprächssituationen: am Telefon, Dienstübergabe, Dialekte ...
- **Grammatik:**
Zeiten, Adjektive, Adverbien, objektive Beschreibungen, Satzbildung, Frageformen
- **Schulung des Lese- und Schreibvermögens:**
Übungen zu konkreten Themenfeldern wie:
Dokumentation: Pflegebericht, Stammblatt, Biographie
Verständnisschulung im Lesen von Nachrichten und Anweisungen

TERMINE: 2018

1. Gruppe: 06.04., 13.04., 20.04., 04.05., 18.05., 25.05.2018 jeweils 14.00 – 17.30 Uhr
2. Gruppe: 01.06., 08.06., 15.06., 22.06., 29.06., 05.07.2018 jeweils 14.00 – 17.30 Uhr

6 x 4 Unterrichtseinheiten, die TeilnehmerInnen erhalten Hausaufgaben, eine Überprüfung und am Abschluss ein Zertifikat, entspricht Niveau B2

KOSTEN: € 360,00 exkl. 20% Ust.

KURSNUMMER: 1. Gruppe: 0418

2. Gruppe: 0618

REFERENTEN: Mag. Georg Dobnig, DGKP Helene Mayer

ORT: Schulungsraum Thaliastraße 159, Stiege 2, 1160 Wien, Sophos Akademie

GRUPPENGROSSE: 16 Personen

ANMELDUNG:

Unter Vermerk der Kursnr. mit beiliegendem Anmeldeformular oder per E-Mail an:
Sophos Akademie, Wilhelminenstraße 80-82, 2. Stock, 1160 Wien, Tel.: 01/481 47 71,
Fax: 481 47 71-30, E-Mail: office@sophosakademie.at, Homepage: www.sophosakademie.at

ANMELDEFORMULAR

Kurs/Kursnr:SVNr:

Herr Frau Titel:

Familienname:Vorname:

Geburtsdatum:Geburtsort:

Genaue Anschrift:

PLZ., Wohnort:

Straße, Nr.:

Tel.:FAX:Email:

Anschrift des Dienstgebers:

Krankenhaus, Abteilung:

Anschrift:

Tel.:FAX:Email:

Berufserfahrung im

Gesundheitsbereich:

Ich habe die Storno- und Rahmenbedingungen zur Kenntnis genommen und erkläre mich damit einverstanden

Datum:Unterschrift des Teilnehmers:

Rechnung ergeht an Privatadresse: O ja Teilzahlungen: in Absprache mit der GF

Rechnung ergeht an Dienstgeber:

Einverständnis / Bestätigung der Dienststelle oder des Rechtsträgers:

.....

.....

Datum:Unterschrift und Stempel: