

# FORTBILDUNG „VALIDATION“

## EIN THEMA, DAS ALLE ANGEHÖRIGEN IM GESUNDHEITSBEREICH BETRIFFT!



### **ZIELGRUPPE:**

Personen aus dem Bereich Gesundheits- und Sozialberufe  
(Anerkennung für Fortbildungsverpflichtung §63, §104c, §13),  
sowie interessierte Personen

### **INHALTE UND TERMINE: (20 Fortbildungsstunden)**

#### **Teil 1: VALIDATION - Grundlagen**

**Inhalte:** Prinzipien, Schlüsselbegriffe,  
die vier Stadien im Detail, Techniken erproben  
Übungen und Aufgabenstellung (werden im 2. Teil nachbearbeitet)

**Termin:** Dienstag, 03.10.2017      Zeit: 09.00 – 17.00 Uhr

**Referentin:** Michaela Logar, Lebens- und Sozialberaterin,  
Validatorin nach Brigitte Scharb

#### **Teil 2: VALIDATION - Vertiefung**

**Inhalte:** Vertiefung des theoretischen Verständnisses  
Reflexion der Aufgabenstellung und Vertiefung der Techniken  
Umgang mit Angehörigen

**Termin:** Dienstag, 17.10.2017      Zeit: 09.00 – 17.00 Uhr

**Referentin:** Michaela Logar

Alten- und Pflegehelferin, Lebens- und Sozialberaterin,  
Seniorenbetreuung im ÖJAB-Generationenhaus  
Leitet seit 10 Jahren Validationsgruppen, 25 Jahre im Altenbereich tätig  
Absolvierte einjährigen Lehrgang für spezielle validierende Pflege nach Brigitte Scharb  
Validation nach Naomi Feil

**KOSTEN:** € 240,00 (exkl. Ust.)

**KURSNUMMER:** 1377

**SEMINARORT:** Sophos Akademie, Wilhelminenstraße 80-82/2. Stock, 1160 Wien

**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](mailto:office@sophosakademie.at), Homepage: [www.sophosakademie.at](http://www.sophosakademie.at)

**ANMELDEFRIST:** 19.09.2017

# ANMELDEFORMULAR

Kurs/Kursnr: ..... Sozialvers.Nr: .....

Herr  Frau  Titel: .....

Zuname: ..... Vorname: .....

Geburtsdatum: ..... Geburtsort: .....

**Genaue Anschrift:**

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

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: .....

**Für Seminare, Fortbildungen und Vorträge sind keine zusätzlichen Unterlagen erforderlich.**

Rechnung ergeht an Privatadresse:  ja

**Rechnung ergeht an Dienstgeber:**

Einverständnis / Bestätigung der Dienststelle oder des Rechtsträgers:

.....

.....

Datum: ..... Stempel und Unterschrift: .....