

## **Psychosomatische Grundversorgung Balint, Theorie und verbale Intervention, 80 Stunden**

### **Inhalt**

Der Kurs umfasst alle geforderten 80 Stunden des Curriculums, die an insgesamt fünf Wochenenden vermittelt werden:

In 30 Stunden (15 Doppelstunden) Balintgruppenarbeit erfolgt eine Reflektion der Arzt-Patient-Beziehung, in 20 Stunden werden theoretische Grundlagen erarbeitet. 30 Stunden des Kurses beinhalten das Thema verbale Intervention.

Der Kurs wird von der Ärztekammer Niedersachsen anerkannt. Weiter dient er unter anderem auch als Voraussetzung der Abrechnungsgenehmigung von psychosomatischen Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung. Der Kurs wendet sich weiter an alle Ärztinnen und Ärzte, die für die entsprechende Facharztanerkennung die Teilnahme an einem solchen Kurs nachweisen müssen. Auf einen besonders praxisnahen Ansatz wird Wert gelegt.

**Referentin:** Dr. med. Ulrike Wendt, Fachärztin für Psychosomatische Medizin

**Zielgruppe:** Niedergelassene und angestellte Ärzte\*innen

**Teilnehmeranzahl:** 15

**Seminartermin:** Freitag, 30. August 2019, 13:30 bis 20 Uhr,  
Samstag, 31. August 2019, 9 bis 17 Uhr,  
Freitag, 27. September 2019, 13:30 bis 20 Uhr,  
Samstag, 28. September 2019, 9 bis 17 Uhr,  
Freitag, 22. November 2019, 13:30 bis 20 Uhr,  
Samstag, 23. November 2019, 9 bis 17 Uhr,  
Freitag, 24. Januar 2020, 13:30 bis 20 Uhr,  
Samstag, 25. Januar 2020, 9 bis 17 Uhr,  
Freitag, 20. März 2020, 13:30 bis 20 Uhr,  
Samstag, 21. März 2020, 9 bis 17 Uhr

**Seminarort:** KVN Bezirksstelle Aurich Kornkamp 50 26605 Aurich

**Fortbildungspunkte:** 80

**Teilnehmergebühr:** 1.190 Euro pro Person  
990 Euro pro Person bei Anmeldung vor dem 1. Februar 2019

**Anmeldung:** Dr. med. Ulrike Wendt

**Straße Hausnr.:** Taubenstraße 3

**PLZ Ort:** 26122 Oldenburg

**Telefon:** 01738826622

**E-Mail:** ulrike-wendt@gmx.de

**Verbindliche Anmeldung** (bitte vollständig und in Druckbuchstaben ausfüllen)

Ich nehme an dem Seminar mit \_\_\_\_\_ Person/en teil.

---

Vor- und Nachname(n) der/des Teilnehmer/s

---

Vor- und Nachname des Rechnungsempfängers (Praxis)

LANR

---

Anschrift des Rechnungsempfängers (Straße, PLZ, Ort)

BSNR

---

Datum

Telefonnummer für evtl. Rückfragen

E-Mail-Adresse

**Mit der verbindlichen Anmeldung akzeptiere ich die AGB der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen.**