

Verbindliche Anmeldung

Seminar: Neuro Palliative Care – Palliative
Begleitung von Menschen mit Demenz und anderen
neurodegenerativen Erkrankungen
Termin: 13.-15. Februar 2020

FH Münster
FB Gesundheit
Referat Weiterbildung
Leonardo Campus 8
48149 Münster

Name: _____

Vorname: _____

Tätigkeitsfeld: _____

Datum

Unterschrift

Die Teilnahmebedingungen können im Internet unter <https://www.fh-muenster.de/gesundheitsweiterbildung/teilnahmebedingungen.php?p=6> eingesehen werden. Mit meiner Unterschrift erkenne ich diese an. <https://www.fh-muenster.de/gesundheitsweiterbildung/teilnahmebedingungen.php?p=6>

Organisation

Veranstaltungsort

Fachhochschule Münster
University of Applied Sciences
Fachbereich Gesundheit
Referat Weiterbildung
Johann–Krane–Weg 21
48149 Münster

Termin

13. Februar 2020 9:00 – 17:00 Uhr
14. Februar 2020 9:00 – 17:00 Uhr
15. Februar 2020 9:00 – 17:00 Uhr

Kursgebühr

350,00 € inklusive Skript und
Erfrischungsgetränke

Anmeldung

Verbindliche Anmeldung bis zum
13. Januar 2020

Online unter

<https://www.fh-muenster.de/fb12/weiterbildung/>

oder per Post mit dem Anmeldeabschnitt
des Flyers

oder per Fax
an +49 (0)251/83-65843

Auskunft zur Weiterbildung

Hella Wintermeyer
Tel.: 0251/83-65862
E-Mail: weiterbildung.msh@fh-muenster.de

Für dieses Seminar erhalten Sie
Fortbildungspunkte.



FH MÜNSTER
University of Applied Sciences

Fortbildungsseminar | Referat Weiterbildung

Neuro Palliative Care – Palliative Begleitung von Menschen mit Demenz und anderen neurodegenerativen Erkrankungen

13. – 15. Februar 2020

9:00 - 17:00 Uhr

Dr. med. Christoph Gerhard



FB Gesundheit
Münster School of Health

Seminarbeschreibung

Während sich die Palliativversorgung traditionell eher den Tumorkranken gewidmet hat, besteht in erheblichem Umfang Bedarf an palliativen Versorgungskonzepten für Menschen mit Demenz und anderen neurodegenerativen Erkrankungen. Angesichts kognitiver und körperlicher Veränderungen müssen in der Symptomerfassung und Behandlung, in der psychosozialen und spirituellen Begleitung, in der ethischen Entscheidung andere Wege gegangen werden. Die Betroffenen werden meist nicht in Hospizen und Palliativstationen sondern eher zu Hause (von überforderten Angehörigen) oder in Einrichtungen der stationären Altenpflege versorgt.

Ziele

Das Seminar vermittelt Möglichkeiten der Symptomerfassung/-behandlung, der Förderung von Autonomie und Lebensqualität trotz bestehender kognitiver, sprachlicher bzw. körperlicher Veränderungen.

Themenschwerpunkte

- Grundlagen der Neuro Palliative Care d.h. der Palliativversorgung von Menschen mit neurologischer Erkrankung
- Autonomie trotz Demenz/neurol. Erkrankung
- Symptomerfassung „best practice“
- Ethische Fragen und Herangehensweisen/Modelle der Ethikberatung
- Psychosoziale und Spirituelle Begleitung
- Lebensqualität trotz neurologischer Veränderungen
- Achtsamkeit (Zentrierung auf das „Hier und Jetzt“)
- Umgang mit Überforderung

Zielgruppe

Gesundheitsberufe der stationären und ambulanten Versorgung, Pflege, Beratung und Begleitung von Menschen mit Demenz/neurodegenerativen Erkrankungen

Arbeits-und Lehrformen

- Vorträge / Impulsreferate
- Moderierte Gruppenarbeiten
- Selbsterfahrungen
- Fallbesprechungen

Dozent



Dr. med Christoph Gerhard

Arzt für Neurologie, Palliativmedizin, spezielle Schmerztherapie

Chefarzt der Abteilung für Palliativmedizin und Vorsitzender des Ethikkomitees am katholischen Klinikum Oberhausen; Leiter des Kompetenzzentrums QB 13 Palliativmedizin der Universität Duisburg/Essen; Zertifikatsstudium Medizinische Ethik; Sprecher der AG Nichttumorkranken der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, zertifizierter Kursleiter (DGP), Master (Universität Bonn) und Palliative Care Trainer (Harvard University) für universitären Palliativunterricht

BITTE VOLLSTÄNDIG UND GUT LESBAR AUSFÜLLEN

PRIVAT

RECHNUNGSANSCHRIFT

Name: _____
Anschrift: _____
PLZ: (_____) Ort: _____
Tel. (_____) _____
Fax: (_____) _____
E-Mail: _____

DIENSTLICH

RECHNUNGSANSCHRIFT

Arbeitgeber: _____
Ansprechpartner/in: _____
Anschrift: _____ Ort: _____
PLZ: (_____) _____
Tel.: (_____) _____
Fax: (_____) _____
E-Mail: _____