**15. Curriculum Psychoonkologie – Anmeldeformular für Teilnehmende**

Bitte beachten: **Anmeldeschluss** ist der 31.03.2023. Die Plätze werden nach der Reihenfolge des Eingangs vergeben.

Wir möchten Sie bitten, das vollständig und gut leserlich ausgefüllte Anmeldeformular zu unterschreiben (Unterschrift muss handschriftlich sein) und mit den geforderten Anlagen an folgende Mail-Adresse zu senden: sigrid.eichinger@ukr.de

Mit der Zusendung des Anmeldeformulars stimmen Sie der Verarbeitung Ihrer Daten im Rahmen der Fort-/Weiterbildung zu. Eine Weitergabe an Dritte ist ausgeschlossen.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Adressdaten

□ Frau □ Herr

Titel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Geburtsdatum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Privatadresse**Straße, Hausnr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PLZ, Stadt \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dienstadresse**Klinik/Abt./Institution \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Straße, Hausnr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Die Rechnungsadresse ist die □ Privatadresse □ Dienstadresse

Um eine Vernetzung unter KollegInnen zu fördern, wird eine Liste mit folgenden Daten an alle TeilnehmerInnen und   
DozentInnen herausgegeben:  
*Name, Klinik / Abteilung / Institution, Dienstort, E-Mail-Adresse*

Sind Sie damit einverstanden? □ Ja □ Nein

1. Berufliche Qualifikation

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Akademische Grundausbildung/Berufsbezeichnung (z.B. Arzt, Diplom-Psychologe/in)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zusatzqualifikationen (z.B. Facharzt/ärztliche Zusatzbezeichnung, Psychologische/r Psychotherapeut/in)

Derzeitige berufliche Position \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Haben Sie Erfahrung in der Arbeit mit onkologischen PatientInnen? □ Ja □ Nein

Wenn ja, wo, seit wann, wie lange? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Achtung*: Wenn Sie über weniger als 1 Jahr Berufserfahrung mit onkologischen PatientInnen verfügen, müssen Sie während der Fortbildung eine **Hospitation** von **mindestens 40 Stunden** in einer onkologischen Einrichtung nachweisen, um die *Anerkennungskriterien der DKG* zu erfüllen*.*

Der Umgang mit Fehlzeiten während des Curriculums ist festgelegt. **Maximal 10 % Fehlzeiten** sind zugelassen. Die berufsbezogene *Selbsterfahrung wird von allen TeilnehmerInnen vollständig absolviert.* Es kann keine anderweitige Selbsterfahrung oder Supervision anerkannt werden.

□ Den Hospitationsnachweis reiche ich spätestens 1 Monat nach Ende des Curriculums nach.

|  |  |
| --- | --- |
| Kurzer beruflicher Werdegang mit Schwerpunkt auf (psycho)onkologischen Tätigkeiten:  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. | |
| Kopie der Diplomurkunde, des Studienabschlusses bzw. Arztregisterbescheids | □ liegt bei  □ wird innerhalb einer Woche nachgereicht |
| Kopie über Nachweis ärztliche/r oder psychologische/r Psychotherapeut/in (z.B. Approbationsurkunde) | □ nein  □ liegt bei in Form von \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □ wird innerhalb einer Woche nachgereicht |

1. Zahlungsmodalitäten

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Teilnahmegebühr** | *Hinweis: Kursgebühren bitte erst nach Kursbeginn überweisen* | *Hinweis*: *Kursgebühren bitte erst nach Kursbeginn überweisen* |  |
| Preis | □ Gesamtbetrag: 2040 € | □ 2 Raten à 1020 € |  |
| **Überweisen Sie bitte erst nach Erhalt der Rechnung.**  Die Teilnahmegebühr beinhaltet alle Theorieseminare, die Supervision, die Selbsterfahrung, Pausenkaffee soweit möglich, Mittagessen soweit möglich und die Kursunterlagen. | | | |
| Den Gesamtbetrag bzw. die erste Rate werde ich innerhalb einer Woche **nach Rechnungserhalt** auf folgendes Konto überweisen.  Kontoinhaber:  Universitätsklinikum Regensburg  Bank für Sozialwirtschaft  IBAN: DE35 7002 0500 0001 8293 01  BIC: BFSWDE33MUE  Verwendungszweck: Projektnummer **3743517** , 15. Curriculum Psychoonkologie 2023 | | | |

Vor Kursbeginn erhalten Sie alle Informationen zum ersten Kurswochenende. Sie können bis vier Wochen vor Beginn des Curriculums von der   
Anmeldung schriftlich zurücktreten. In diesem Fall wird eine Verwaltungsgebühr in Höhe von 75 Euro berechnet. Eine spätere Stornierung ist nur  
dann möglich, wenn der Teilnehmerplatz durch einen anderen Teilnehmer neu belegt werden kann.

Hiermit melde ich mich verbindlich für das 15. Curriculum Psychoonkologie (122 Unterrichtseinheiten) in Regensburg an.  
  
  
Ort/Datum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Veranstalter

Univ.-Prof. Dr. med. Thomas H. Loew  
Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychiater  
Abteilung für Psychosomatik  
Universitätsklinikum Regensburg  
Franz-Josef-Strauß Allee 11  
93053 Regensburg