

Anmeldung

Name: _____

Einrichtung _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Ich nehme an folgenden Workshops teil:

- „Handhabung von Schmerzpumpen“ (12 Uhr)
- „Handhabung von Schmerzpumpen“ (14 Uhr)
- „Portversorgung für Hausärzte und Pflegekräfte“ (11 Uhr)
- „Portversorgung für Hausärzte und Pflegekräfte“ (13 Uhr)
- „Aromatherapie und Naturheilkunde“ (11 Uhr)
- „Aromatherapie und Naturheilkunde“ (12 Uhr)
- „Aromatherapie und Naturheilkunde“ (14 Uhr)
- „Palliative Atemtherapie“ (11 Uhr)
- „Palliative Atemtherapie“ (12 Uhr)
- „Palliative Atemtherapie“ (13 Uhr)
- „Trauer und Trauerbegleitung“ (14 Uhr)
- „Rituale in der Sterbebegleitung“ (11 Uhr)
- „Pflege in der letzten Lebensphase“ (12 Uhr)
- „Spirituelle Bedürfnisse von Patienten spüren“ (14 Uhr)

Rücksendung bis 29.02.2012 an:

Hospizverein Kaufbeuren-Ostallgäu e.V.
Narzissenstraße 6
87600 Kaufbeuren

Fax: 0 83 41 - 96 00 7 22

E-Mail: info@hospizverein-kf-oal.de