

## Kooperationsseminar zum DGE-Programm "ICH nehme ab"

### Zielsetzung

Ziel des Seminars ist es, die Anwendung des Programms „ICH nehme ab“ in Gruppen aufzuzeigen, eigene Erfahrungen mit Aspekten des Programms zu reflektieren und das Verhaltensspektrum im Umgang mit herausfordernden Beratungssituationen zu erweitern.

Das evidenzbasierte und evaluierte DGE-Programm zur Gewichtsreduktion ist als Selbsthilfe-Manual konzipiert, kann aber auch in der Gruppenberatung eingesetzt werden.

### Seminarinhalte

Darstellung der Konzeption des Programms „ICH nehme ab“

Grundlegende Aspekte zur Thematik: spezifische Anforderungen an die Kursleiterrolle, Konsequenzen für die Leitung von Gruppenkursen „ICH nehme ab“

Entspannungsübungen in Theorie und Praxis

Praktische Anwendung und Auswertung des Ernährungs- und Bewegungsprotokolls

Bedeutung von Bewegung und Sport – praktische Anwendung

Methodisch-didaktische Umsetzung des Manuals in einer Gruppenschulung einschließlich Gestaltung von Anfangs- und Abschlusssituationen

### Methoden

Vortragssequenzen, Erfahrungsaustausch, Erleben, Selbstreflexion, Angebote zu Entspannungsübungen

### Zielgruppen

Diätassistenten, Diplom-Oecotrophologen, Diplom-Ernährungswissenschaftler, Absolventen der Bachelor- und

Masterstudiengänge, Oecotrophologie/Ernährungswissenschaft (Schwerpunkt „Ernährung“)

Beratungserfahrung mit Gruppen ist erwünscht.

### Hinweis

Bitte Kopie der Urkunde zum Nachweis des Berufs- bzw. Studienabschlusses beilegen.

### Referentinnen und Referenten

**Heidrun Meyer-Kruse**, Diplom-Supervisorin, Praxis für Supervision, Training und Organisationsberatung, Hattingen

**Karen Nespethal**, Diplom-Oecotrophologin, Ernährungsberaterin VDOE, Fachberaterin für Ess-Störungen, Köln

### Termin

Dienstag, 10. Juni 2014, 10:00 Uhr

bis Donnerstag, 12. Juni 2014, 16:00 Uhr

Seminarumfang: 26 Unterrichtseinheiten à 45 Minuten

### Veranstaltungsort



Ambulantes Therapiezentrum Magdeburg, Havelstraße 23, 39126 Magdeburg

### Teilnehmerzahl

Mind. 16

Bei Unterschreiten der Teilnehmerzahl kann das Seminar 4 Wochen vor Beginn abgesagt werden.

## Gebühr

415,00 €

In der Seminargebühr sind Pausengetränke und Seminarunterlagen enthalten.

Vor Beginn des Seminars (4 Wochen vorher) erhalten Sie die Rechnung

– bitte überweisen Sie erst dann die Teilnahmegebühren.

Verbindlich angemeldete Seminarteilnehmer erhalten 4 Wochen vor Seminarbeginn einen Sonderbestellschein. Damit können sie den für das Seminar benötigten Ordner „ICH nehme ab“ mit 20% Rabatt auf den Normalpreis bestellen.

## Anmeldebestätigung und Bescheinigungen

Bei Anmeldung erhalten Sie eine Anmeldebestätigung.

Sie erhalten eine Teilnahmebescheinigung mit Angabe der absolvierten Inhalte und Anzahl der Unterrichtseinheiten.

## Rücktrittsbedingungen / Ausfall einer Veranstaltung

Bei Rücktritt bis 4 Wochen vor Beginn des Seminars wird eine Bearbeitungsgebühr in Höhe von € 30,00 fällig. Danach ist die Teilnahmegebühr in voller Höhe zu tragen; die Gebühr wird unabhängig vom Grund der Absage fällig. In diesem Zeitraum ist die Nennung eines den Zielgruppen entsprechenden Ersatzteilnehmers möglich; eine eigene Anmeldung des Ersatzteilnehmers ist erforderlich.

Sollte das Ambulante Therapiezentrum Magdeburg die Veranstaltung absagen müssen, so besteht Anspruch auf volle Rückerstattung der Teilnahmegebühr. Weitergehende Ansprüche sind ausgeschlossen. Das Ambulante Therapiezentrum Magdeburg übernimmt keinerlei Haftung für Personen- und Sachschäden.

## Organisation und Betreuung



Ambulantes Therapiezentrum Magdeburg

GmbH & Co.KG

Silke Zur

Havelstraße 23

39126 Magdeburg

Tel. 0391 66277870 oder Mobil: 015165859848

E-Mail: [kontakt@at-md.de](mailto:kontakt@at-md.de)

Internet: <http://www.therapiezentrum-md.de>

in Kooperation mit den



**Hiermit melde ich mich verbindlich an:**

**Seminar zum DGE-Programm "ICH nehme ab", Termin: 10.06. – 12.06.2014**

<b>Name, Vorname</b>
<b>Kontaktadresse (privat oder Firma)</b>
Firma (ggf.)
Straße
PLZ, Ort
Telefon
E-Mail

**Rechnungsanschrift**

- eigene Kostenübernahme (siehe oben)  
 Arbeitgeber (siehe oben)

Arbeitgeber:
Firma/Abteilung
Ansprechpartner
Straße, PLZ, Ort

**Hinweis:** Bitte beachten Sie, dass die Angabe des Rechnungsempfängers verbindlich ist. Nach Versand der Rechnung ist keine Änderung mehr möglich.

**Berufsausbildung** (bitte ankreuzen)

- Diätassistent       Diplom-Oecotrophologe       Diplom Ernährungswissenschaftler  
 Bachelor oder       Master of Science Oecotrophologie  
 Bachelor oder       Master of Science Ernährungswissenschaft

**Bitte Nachweis der Berufsbezeichnung (Urkunde, Diplom) in Kopie beilegen.  
Derzeitiges Tätigkeitsfeld**

**Beschäftigungsverhältnis** (bitte ankreuzen)

- angestellt tätig: Teilnahme im Interesse des Arbeitgebers (z.B. Freistellung, Kostenübernahme)  
 angestellt tätig: Teilnahme aus eigenem Interesse (z.B. Urlaub)  
 selbstständig    in Elternzeit    arbeitssuchend    sonstiges: \_\_\_\_\_

Hiermit erkenne ich die **Anmelde- und Rücktrittsbedingungen des Ambulanten Therapiezentrums Magdeburg** an (siehe Infoblatt).

---

Ort, Datum Unterschrift