



Kursinhalte

Sobald eine naturheilkundliche Therapieform erlernt wurde, gibt es während oder im Anschluss an die Heilpraktikerausbildung die Möglichkeit den Praxiskurs Ambulatorium zu absolvieren. Unter Aufsicht eines erfahrenen Heilpraktikers wird in der Naturheilpraxis der Schule Anamnese, Untersuchung und Behandlung an Patienten durchgeführt.

Die Teilnehmenden gewinnen durch den Kurs Sicherheit im professionellen Umgang mit Patienten und bauen so die Hemmschwelle zum selbstständigen Arbeiten in der eigenen Praxis ab.

Die ersten 3 Module können einzeln gebucht werden, Modul 4 kann nur in der Gesamtbuchung belegt werden.

Modul 1 (2 Termine)

- Schwerpunktsetzung in der Erstanamnese
- Ablauf und Einüben einer allgemeinen Untersuchungsroutine

Modul 2 (2 Termine)

- Auffrischung Injektionstechniken
- Laborwerte & Interpretation
- Diagnostik

Modul 3 (2 Termine)

- Abrechnung und Dokumentation
- Steuern & Buchhaltung
- Praxiseinrichtung/-führung & Behörden
- Rezeptieren

Modul 4 (6 Termine)

- Patientenbehandlungen: Jede*r Kursteilnehmer*in ist einmal Behandler*in, Assistent*in und Beobachter*in. Jeder Nachmittag endet mit einer Supervision.

Diese Kursreihe ist für alle Heilpraktiker*innen und –anwärter*innen geeignet, die ...

- nach einer Starthilfe in die eigene Praxis suchen
- eine naturheilkundliche Therapieform erlernt haben und diese in der Praxis anwenden möchten
- mehr über Tipps und Tricks für die Praxis erfahren möchten
- routinierter bei der Anamnese und dem Behandlungsablauf werden möchten

Unterrichtszeit

12 x Montag entweder von 14:00 bis 17:30 oder von 17:30 bis 21:00 Uhr

Die aktuellen Termine finden Sie auf unserer Webseite. Es finden zwei Kurse pro Jahr statt, einer im Frühjahr und einer im Herbst.

<https://www.freie-heilpraktikerschule.de/ausbildung/praxiskurs-ambulatorium-heilpraktiker/>

Kosten

Modul 1–3: jeweils € 140,-

Gesamtbuchung der Module 1–4: 3 Monatsraten à € 285,- (€ 855,-)

Dozent



Martin Michels:

Heilpraktiker. Arbeitet seit 2000 in eigener Naturheilpraxis mit den Schwerpunkten: Manuelle Therapie, Craniosacrale Biodynamik, Ohrakupunktur. Langjährige Dozententätigkeit.
www.Naturheilpraxis-Michels.de

Hiermit melde ich mich verbindlich an:

Name & Vorname: _____

Adresse: _____

PLZ / Stadt: _____

Tel.: _____

Email: _____

Beruf: _____

Therapeutische Methode _____

Modul(e) (bitte ankreuzen):

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 = à jeweils € 140,- = Gesamt

oder

☐ Gesamtbuchung (Modul 1 - 4) = ☐ 3 Monatsraten à € 285,- oder ☐ einmalig € 885,-

Frühjahr _____ (Jahr) oder Herbst _____ (Jahr)

Erste Rate fällig ab 6 Wochen vor Kursbeginn.

Rücktritt: bis 6 Wochen vor Kursbeginn kostenfrei möglich.

Teilnahmebedingungen:

Der Kurs findet mit einer Teilnehmerzahl von mindestens vier Personen unter Aufsicht eines staatlich geprüften Heilpraktikers statt. Bitte beachten Sie, dass Ihre Anmeldung verbindlich ist. Die Kursgebühr ist spätestens sechs Wochen vor Kursbeginn fällig. Bei Nichterscheinen oder nur zeitweiliger Teilnahme an dem Kurs ist keine Rückzahlung der Kursgebühren möglich. Der Kurs allein befähigt nicht zur Ausübung der Heilkunde ohne Erlaubnis. Jede*r Teilnehmer*in ist für sich selbst verantwortlich. Jede*r Heilpraktiker*in muss über eine abgeschlossene Berufshaftpflichtversicherung verfügen. Die Freie Heilpraktikerschule Freiburg übernimmt keine Haftung für Schäden an Personen oder Gegenständen.

Mit der Teilnahme als Therapeut*in am Ambulatorium verpflichte ich mich, eine/n Patient*in zu den Behandlungsterminen (6.-12. Termin) zu suchen und mitzubringen, so dass das Üben am Patienten für die Kursteilnehmer*innen möglich ist. Die Behandlung ist für den Patienten kostenfrei.

Schweigepflichterklärung:

Ich bin darüber informiert, dass ich zu absoluter Verschwiegenheit über alle mir in der Praxis bekannt werdenden Umstände und Vorgänge, auch über die persönlichen Verhältnisse der Patienten, verpflichtet bin. Ich darf unbefugten Dritten keinen Zugang zu den Patientendaten verschaffen. Meine Verschwiegenheitspflicht endet nicht mit dem Ende meines Ausbildungsverhältnisses. Die Pflicht zur Verschwiegenheit besteht auch meinen Familienangehörigen gegenüber. Hiermit erkläre ich, dass ich mir darüber bewusst bin, dass ein Bruch der Verschwiegenheit ein Grund zu fristloser Kündigung und Anlass zu einem Strafverfahren sein kann.

Datum

Unterschrift Kursteilnehmer*in

Unterschrift Heilpraktikerschule

Datenschutz-Rechte: Auskunft, Berichtigung, Löschung, Sperrung, Widerspruchsrecht

Wir erheben auf Grundlage gesetzlicher Berechtigungen die im Vertrag angegebenen personenbezogenen Daten zum Zwecke der Durchführung des entstehenden Vertragsverhältnisses sowie zur Vermittlung weiterer Informationen über Aufbaukurse.

Sie sind gemäß Artikel 15 DSGVO jederzeit berechtigt, gegenüber der Freien Heilpraktikerschule Freiburg um umfangreiche Auskunftserteilung zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen.

Gemäß Artikel 17 DSGVO können Sie jederzeit gegenüber der Freien Heilpraktikerschule Freiburg die Berichtigung, Löschung und Sperrung einzelner personenbezogener Daten verlangen.

Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an den Vertragspartner übermitteln. Es entstehen Ihnen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen.

Einwilligung der Datennutzung zu weiteren Zwecken

Sind Sie mit dem folgenden Nutzungszweck einverstanden, kreuzen Sie dies bitte entsprechend an:

Ja Nein

- ☐ ☐ Ich willige ein, dass mir die Freie Heilpraktikerschule Freiburg GmbH den **einmal monatlich erscheinenden Newsletter** per Mail zuschickt.

[Ort, Datum]

[Unterschrift Teilnehmer*in]

Gläubiger Id. Nr. DE90ZZZ00000464725

Mandatsreferenz: _____

Hiermit ermächtige ich die Freie Heilpraktikerschule Freiburg GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen:

☐ jeweils am 01. eines Monats

☐ jeweils am 15. eines Monats

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Freie Heilpraktikerschule Freiburg GmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen

Name & Vorname: _____
Kontoinhaber*in

Adresse: _____

PLZ / Stadt: _____

Name Kreditinstitut: _____

BIC Kreditinstitut: _____ (oder BLZ)

IBAN: _____ (oder Konto Nr.)

Datum, Ort: _____

Unterschrift: _____