

- 18.01.-19.01. Körperorientierte Interventionen in der Traumatherapie
Dipl.-Psych. Alexandra Lauterbach
12 UE / Fr 15 - 20 Uhr u. Sa 9 - 14 Uhr
- 08.03. Behandlung von Akuttrauma
Dr. med. Michael Hase
8 UE / Fr 10 - 18 Uhr
- 09.03. Traumatisierungen durch körperliche Erkrankungen u. medizinische Behandlungen
Dr. med. Michael Hase
8 UE / Sa 9 - 17 Uhr
- 03.05.-04.05. Widerstand in der Therapie
Prof. Dr. med. Ulrich Sachsse
Prof. Dr. med. Martin Sack
12 UE / Fr 15 - 20 Uhr u. Sa 9 - 14 Uhr
- 06.06.-08.06. IRRIT – Imagery Rescripting & Reprocessing
Prof. Dr. Mervyn Schmucker
20 UE / Do 16 - 20 Uhr,
Fr 10 - 18 Uhr u. Sa 9 - 16 Uhr
- 16.08.-17.08. Neue Entwicklungen in der Traumatherapie – ein praxisbezogenes Update
Prof. Dr. med. Martin Sack
12 UE / Fr 15 - 20 Uhr u. Sa 9 - 14 Uhr
- 14.11.-16.11. Innere Kindarbeit – neu interpretiert und formuliert
Was bietet die IRRIT?
Prof. Dr. Mervyn Schmucker
20 UE / Do 16 - 20 Uhr,
Fr 10 - 18 Uhr u. Sa 9 - 16 Uhr



TRAUMA ZENTRUM BERLIN
 Stresemannstraße 21 · 10963 Berlin
 Tel. 030 - 25 93 18 35
 Fax 030 - 25 92 72 24
 info@traumazentrum-berlin.net
www.traumazentrum-berlin.net

Vorname.....Name.....
 Straße.....Ort.....
 Telefon.....Fax.....
 E-Mail

Ich bin

- Diplom-Psychologe/in
- Psychologischer Psychotherapeut/in, Verfahren
- Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut/in
- Arzt der Fachrichtung
- Diplom-Pädagoge/in, Diplom-Sozialpädagoge/in
- andere Fachrichtung

KOSTEN

1-tägiger Workshop 200€
 2-tägiger Workshop 330€
 2,5-tägiger Workshop 390€
 Änderungen im Einzelfall vorbehalten.

Ich überweise den Betrag für die Teilnahme von insgesamt€ unter Angabe meines Namens und des Verwendungszwecks auf das Konto: Ulrike Hochstein
 IBAN DE42 1002 0890 0615 3003 73 BIC HYVEDEMM488

ANMELDEBEDINGUNGEN

Diese Anmeldung ist verbindlich.
 Bei Rücktritt bis drei Wochen vor Beginn werden die Kosten zurückerstattet abzüglich 40 € Bearbeitungsgebühr.
 Der Platz ist Ihnen nach Eingang Ihrer Zahlung sicher.
 Kurzfristige Stornierungen aufgrund von Krankheit oder höherer Gewalt behalten wir uns vor.

Ort, Datum

Unterschrift

Ja, ich habe die auf der Website zur Verfügung gestellten Informationen zum Datenschutz gelesen und bin einverstanden.
Ja, ich bin mit der Weitergabe meiner Daten (wie auf dem Informationsblatt angegeben) an die Psychotherapeutenkammer Berlin zum Zweck der Zertifizierung einverstanden.

Unterschrift, Datum.....