

# BOBATH-Kurszentrum Wolfsburg

## Fragebogen zur Teilnahme am Bobath-Grundkurs in Wolfsburg 2012/13

### Träger

DIE BÖRNE  
Gem. Ges. f. Soz. Dienste mbH  
Postfach 3033  
21670 Stade

### BOBATH-Kurszentrum

Zentrum für Entwicklungsdiagnostik und  
Sozialpädiatrie (ZEUS)  
Klinikum der Stadt Wolfsburg  
Sauerbruchstraße 7  
38440 Wolfsburg

Bobath-Registriernummer.....

Bewerberdatum.....

### Angaben für die Datenerfassung

1. Name: .....Vorname: .....

2. Geburtsdatum: .....

3. (Korrespondenz-) Anschrift:

PLZ: ..... Ort: .....

Straße: .....

Bundesland: .....

4. Telefon (dienstlich): .....Fax..... E-mail .....

5. Beruf: .....

6. Anschrift des Arbeitgebers:

Bezeichnung: .....

PLZ: .....Ort: .....

Straße: .....

Bundesland: .....

7. Träger (falls abweichend von 6.): .....

8. Befürwortung des Arbeitgebers liegt schriftlich vor (bitte beifügen)  ja  nein

9. Arbeitsbereich(e) (Mehrfachnennungen möglich):

- Frühförderstelle     (Sonder-) Tagesstätte     (Sonder-) Schule  
 Werkstatt für Behinderte     Praxis

Andere: .....

10. Therapeutische Arbeit mit Kindern:

- Angestellt     Freiberuflich  
 Vollzeit     Teilzeit     Stundenweise

11. Erfahrung in der Arbeit mit Kindern mit Zerebralparese:

Wo: .....

Wie lange: .....

Wie viele Stunden in der Woche:.....

Mit oder ohne Anleitung durch Bobath-TherapeutIn: .....

12. An welchen Fortbildungen und Weiterbildungslehrgängen für die Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage haben Sie bisher teilgenommen?  
(Kursart und Jahr der Absolvierung):

.....  
.....  
.....

13. Ist eine Arbeit mit Kindern mit entsprechender Indikation zwischen den Kursteilen  
gewährleistet?.....

14. Was würde sich, Ihren Vorstellungen nach, bei Ihrer Arbeit ändern, wenn Sie einen Bobath-Kurs erfolgreich abgeschlossen hätten?

.....  
.....  
.....

---

(Ort)

(Datum)

(Unterschrift)