



Da-Sein Institut

Ganzheitliche Energiearbeit

## **Bewerbung für die Ausbildung in Pränatal- und Geburtstherapie**



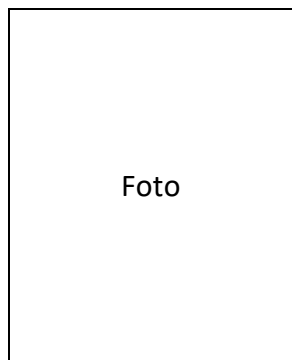
### **Ziel der Ausbildung**

- Vermittlung eines fundierten Verständnisses der Prinzipien der Pränatal-, Perinatal- und Geburtstherapiearbeit.
- Fähigkeit, mit Babys und kleinen Kindern therapeutisch zu arbeiten.
- Fähigkeit, frühe Prägungen und Geburtsdynamiken zu erkennen und mit diesen Themen in der eigenen therapeutischen Praxis zu arbeiten.
- Durchführung eigener Geburtsprozessworkshops.
- Sicherheit im Umgang mit psycho-emotionalen Prozessen.
- Lernen durch Selbsterfahrung.

### **Voraussetzungen für die Bewerbung**

- Absolvierter Geburtsworkshop beim Ausbildungsleiter Dominique Dégranges.
- Bei Bedarf wird ein Aufnahmegespräch verlangt.
- Empfehlung: Abgeschlossene medizinische, therapeutische oder pädagogische Ausbildung

**Bitte in Blockschrift ausfüllen!**



Name: .....

Vorname: .....

Strasse: .....

PLZ/Ort: .....

Tel. P: .....

Tel. G: ..... Mobile: .....

Email: .....

Beruf: ..... Geburtsdatum: .....

## Bisherige Ausbildungen

**Bezeichnung:**

**Dauer Ausbildung:**  
(Std./Mte./Jahre)

**Datum Abschluss:**

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

**Berufliche Qualifikationen (z.B. Mitgliedschaft in Berufsverbänden etc.):**

.....

.....

.....

.....

.....

**Hast du den vorausgesetzten Geburtsworkshop bereits absolviert?**

Ja

Nein

Wenn ja, bei wem?

Wann?

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

**Deine Absicht/Motivation für diese Ausbildung:**

.....

.....

.....

.....

.....

**Frühere Ausbildung und/oder Kurse in Craniosacral-Therapie:**

**Kurs:**

**Anzahl Stunden:**

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

## **Beschreibung deines Gesundheitszustandes**

**Momentaner Gesundheitszustand (Krankheiten, Symptome):**

---

---

---

---

**Nimmst du im Moment Medikamente ein? Wenn Ja, welche?:**

---

---

---

## **Krankheitsgeschichte**

**Physisch (physische Krankheiten, Unfälle, Stürze etc.):**

---

---

---

---

**Psycho-emotional (Psychiatrische oder psychologische Behandlung; psychische Prozesse, die dein Leben oder deine Gesundheit beeinträchtigen):**

---

---

---

---

**Gegenwärtige Therapie (gegenwärtige Therapieformen, die du als KlientIn/PatientIn erlebst):**

---

---

---

---

**Andere wichtige Informationen in Bezug zur deiner Krankheitsgeschichte:**

---

---

---

**Weitere/andere Gründe für deine Bewerbung:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Persönliche Verantwortung**

Die Ausbildung vermittelt Einsicht und direkte Erfahrung mit dieser therapeutischen Methode. Die Ausbildung soll jedoch nicht als Behandlung oder Heilung von Beschwerden oder Krankheiten, noch für Heilung von Beschwerden oder Krankheiten, die während der Ausbildung auftauchen, verstanden werden. Es obliegt der persönlichen Verantwortung jedes/r einzelnen TeilnehmerIn für geeignete Unterstützung während der ganzen Ausbildung besorgt zu sein, die unabhängig von der Ausbildung ist. Dies kann heißen, sich zwischen den Seminarwochen Unterstützung bei einem/r professionellen TherapeutIn zu holen, um evtl. während der Seminare und Ausbildung auftauchende Themen/Probleme zu bearbeiten.

**Alle vorgängig gestellten Fragen beantwortest du auf freiwilliger Basis. Deine Angaben werden streng vertraulich behandelt. Ausser deinem Namen, Adresse, Telefon, EMail, Beruf und Geburtsdatum werden keine Angaben dieses Fragebogens in einem Computer gespeichert.**

Ort/Datum: .....

Unterschrift: .....