

## Bewerbung für die Fachausbildung

### KomplementärTherapie, Methode Craniosacral-Therapie

Lehrgang X, Ausbildungsbeginn Oktober 2019

#### Ziel der Ausbildung

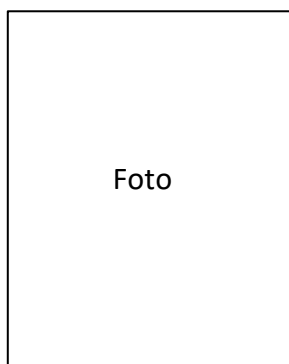
- Die Vermittlung eines fundierten Verständnisses der Prinzipien des Craniosacral- und des Primäratemsystems sowie komplementärtherapeutische Grundlagen.
- Die Vermittlung eines tiefen Verständnisses der diesem System innewohnenden Heilungsprinzipien und die Fähigkeit, diese Prinzipien komplementärtherapeutisch anzuwenden.
- Das Erlernen von spezifischen Berührungsarten, ihre klinische und therapeutische Bedeutung und ihre Anwendung in der therapeutischen Praxis.
- Grundlagen der Prozessarbeit und Sicherheit im Umgang mit psycho-emotionalen Prozessen.
- Persönlicher Wachstumsprozess und Lernen durch Selbsterfahrung.

#### Voraussetzungen für die Bewerbung

- Abgeschlossene Berufsausbildung oder Matura
- Tronc commun gemäss Oda-KT (berufsspezifische, sozialwissenschaftliche und medizinische Grundlagen; der TC kann auch während der CS-Ausbildung absolviert werden). Nachweis eines reglementierten Berufes im Gesundheitswesen wird angerechnet.
- Bei Bedarf wird ein Aufnahmegespräch verlangt

Empfehlung: Ausbildung im Gesundheitsbereich (Körper- oder Bewegungstherapie, Psychotherapie, medizinische und Pflegeberufe, Berufe im sozialen Bereich)

**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.):**

---

---

---

---

---

**Beschreibung der jetzigen Praxis (Art der Praxis, Anzahl Klienten pro Woche, Anzahl Jahre):**

---

---

---

---

---

**Tronc commun oder Ausbildung in medizinischen Grundlagen oder Beruf im Gesundheitswesen**

➔ Kopie des Diploms und der Ausbildungsbestätigung mit Anzahl Std und Fächer beilegen:

---

---

---

---

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

**Kurs:**

**Anzahl Stunden:**

---

---

---

---

---

## Beschreibung Ihres Gesundheitszustandes

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

---

---

---

**Nehmen Sie im Moment Medikamente ein? Wenn ja, welche?:**

---

---

---

## Krankheitsgeschichte

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

---

---

---

**Psycho-emotional (Psychiatrische oder psychologische Behandlung; psychische Prozesse, die Ihr Leben oder Ihre Gesundheit beeinträchtigten):**

---

---

---

**Gegenwärtige Therapie (gegenwärtige Therapieformen, die Sie als KlientIn/PatientIn erleben):**

---

---

---

**Frühere Therapieerfahrungen (die Sie als KlientIn/PatientIn erlebten):**

---

---

---

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

---

---

---

**Motivation für Ihre 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 entstehen, 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 Unterstützung bei einem/r professionellen CraniosacraltherapeutIn zwischen den Seminarwochen zu holen, um evtl. Themen/Probleme zu klären, die während der Seminare und Ausbildung auftauchen.

**Alle vorgängig gestellten Fragen beantworten Sie auf freiwilliger Basis. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Ausser Ihrem Namen, Adresse, Tel- Nr., E-Mail, Beruf und Geburtsdatum werden keine Angaben dieses Fragebogens in einem Computer gespeichert.**

Ort/Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_