

**Bitte vollständig ausgefüllt und mit den erforderlichen Anlagen zurücksenden an:**

Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft  
Bundesverband e.V.

**Anmeldung zur Fachfortbildung  
„Interdisziplinäre Fortbildung zum Multiple-  
Sklerose-Therapeuten“**

Krausenstr. 50  
30171 Hannover  
Tel.: 05 11 / 9 68 34 – 0  
E-Mail: referat-gs@dmsg.de

Die Fachfortbildung zum Multiple Sklerose-Therapeuten richtet sich an Therapeuten der Bereiche Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie.

**Teilnahmevoraussetzungen:**

- Fachkraft im oben genannten Bereich
- erfolgreicher Abschluss der **Module 1, 2 und 6** des Online-Schulungsprogramms *MS-Nurse-Pro* <https://msnursepro.org/courses>. Die Module sind deutschsprachig. Jedes Modul endet mit einem Zertifikat.

**Seminargebühr (gesamte Fortbildungsmaßnahme) im Jahr 2023:**

- 600,00 € pro Person (beinhaltet Kursgebühr, Unterrichtsmaterial, Verpflegung während des Seminars, Abschlusszertifikat)
- zahlbar nach Erhalt der Rechnung

**Rücktrittsbedingungen / Schulungsunterbrechung:**

- Rücktritt bis 4 Wochen vor Beginn:  
30,00 € Stornogebühr
- Rücktritt zu einem späteren Zeitpunkt:  
kann der Platz nicht anderweitig besetzt werden  
behalten wir uns vor 80% der Gebühr einzubehalten
- Unterbrechung:  
fehlende Module können binnen 12 Monaten in einer anderen Maßnahme nachgeholt werden

**Hinweise:**

- Die Fortbildung ist auf 18 Teilnehmer beschränkt, Durchführung erfolgt vorbehaltlich ausreichender Teilnehmerzahl
- Anmeldungen werden nach Eingangsdatum und Vollständigkeit berücksichtigt.

**Datum und rechtsverbindliche Unterschrift/Stempel**

## Anmeldung zur DMSG-Fachfortbildung „Interdisziplinäre Fortbildung zum Multiple-Sklerose-Therapeuten“

**Bei Anmeldung bitte relevante Fotokopien des °Ausbildungsnachweises und der °Zertifikate des Online-Schulungsprogramms über das Online-Formular hochladen bzw. mitschicken!**

**Absender**

**Name:** \_\_\_\_\_

**Vorname:** \_\_\_\_\_

**Anschrift (privat):** \_\_\_\_\_

**Klinik/Praxis:** \_\_\_\_\_

**Rechnungsempfänger:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Telefon (tagsüber):** \_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Geburtsjahr:** \_\_\_\_\_

**Ausbildung beendet am:** \_\_\_\_\_

Ich melde mich für die Fachfortbildung in folgender Klinik an:

**Kliniken Schmieder  
Neurologisches Fach- und  
Rehabilitationskrankenhaus  
Eichhornstraße 68  
78464 Konstanz**

Die Fachfortbildung findet an folgenden 2  
Wochenenden statt:

**10. – 12.02.2023**

**13. – 15.10.2023**

Nach erfolgreicher Absolvierung dieser Fortbildung bin ich mit der Veröffentlichung meines Namens, meines Arbeitgebers sowie Fotografien, die mich während der Fortbildung zeigen, in den Medien des DMSG, Bundesverband e.V. einverstanden.