



## Aufbauseminar Wundexperte ICW®

**Modul 1 Fachtherapeut Wunde ICW®** Ambulante Pflege nach §132a Abs.1 SGBV Diese Fortbildung richtet sich an Personen, die mit der Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden in der ambulanten Pflegebetraut sind und befähigt die Teilnehmer zur fach- und sachgerechten Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden und zur Umsetzung präventiver und lokaltherapeutischer Maßnahmen nach der Rahmenempfehlung nach §132a Abs.1 SGBV. Die Weiterbildung gliedert sich in einen theoretischen Teil mit 32 Ustd. + 60 Min Klausur.

**Zielgruppe:** Pflegefachkräfte, Medizinische Fachangestellte, Operationstechnische Assistenten Apotheker, Ärzte (Humanmedizin), Heilpraktiker, Heilerziehungspfleger, Podologen, Physiotherapeuten mit Zusatzqualifikation Lymphtherapeut

**Pädagogische Leitung:** Claudia Kiehne (Lehrerin für Pflegeberufe)

**Fachliche Leitung:** Annette Denzig

### Inhalte:

- Pathophysiologie und Diagnostik
- Wundbeurteilung/Dokumentation
- Lymphatische Erkrankungen
- Komplexe Wundsituation/Wundreinigung/Hautschäden
- Tumorwunden/Palliative Versorgung
- Schmerz
- Gesundheitsökonomie
- Hygiene
- Prüfung (Klausur)

**Seminartermine:** jeweils von 11.30 – 15.00 Uhr

17.-19.09.2024; 24.-26.09.2024; 30.09.- 01.10.2024; 29.10.2024 (Klausur)

**Kursgebühren:** Euro 490,-

**Veranstaltungsort:** KBZ, Turmstraße 2, 58099 Hagen

(inkl. Lernbegleitbuch und Prüfungsgebühr TÜV)

Wir erheben bei Rücktritt vor Kursbeginn ab der 6. Woche eine Bearbeitungsgebühr von 25,- Euro.

Bei Absage, die später als 4 Wochen vor Kursbeginn erfolgt, wird eine Ausfallgebühr von 40% der Kosten erhoben.

Bei Abmeldung vor Kursbeginn weniger als 14 Tage wird 80 % der Kursgebühr erhoben.

Volle Kursgebühr bei Abmeldung mit dem ersten Veranstaltungstag. Die Abmeldung muss schriftlich erfolgen.

### Anmeldung:

(Diesen Abschnitt bitte **lesbar** ausfüllen u. zusenden)

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

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

**Straße:** \_\_\_\_\_

**PLZ/Wohnort:** \_\_\_\_\_

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

**Tel. dienstl.:** \_\_\_\_\_

**Tel. privat:** \_\_\_\_\_

**Geb. Datum:** \_\_\_\_\_

**Arbeitgeber:** \_\_\_\_\_

**Rechnungsadresse:** \_\_\_\_\_

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

**Vorgesetzter:** \_\_\_\_\_

Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen