

## **Anmeldeformular**

### **Kurs Psychosomatische Grundversorgung und Balintgruppen**

Ich habe Interesse am **Psychosomatischen Grundkurs**.

Ich habe Interesse an den **Balintgruppen**.

voraussichtlicher Facharztprüfungstermin.

Ich bin im KWMV eingeschrieben.

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

Telefon: \_\_\_\_\_

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

aktuelles Weiterbildungsjahr:

Wir werden sie persönlich kontaktieren, um Sie über Termine und freie Kapazitäten zu informieren.

**Das Angebot wird von Fördergeldern für die Facharzt-  
ausbildung im Fach Allgemeinmedizin finanziert. Daher  
können nur Weiterbildungsärzte im Fach Allgemeinmedizin an  
dem Kurs teilnehmen.**

E-Mail: [bettina.haase@med.uni-rostock.de](mailto:bettina.haase@med.uni-rostock.de)

Fax: 0381 / 494 2482

(z. Hd. Bettina Haase)