



# BOBATH-Kurszentrum

## Anmeldeformular zur Teilnahme am Bobath-Grundkurs in

### **BOBATH-Kurszentrum**

Kontakt:

K.I.d.s.S. e.V.  
Chausseestraße 16  
10115 Berlin

Telefon: 030 63371758  
0177 3424727

[info@kidss-ev.de](mailto:info@kidss-ev.de); [www.kidss-ev.de](http://www.kidss-ev.de)

Der **nächste Kurs 2025-27** findet wie folgt statt:

---

- 1. Teil: 24.11.25 - 05.12.25**
- 2. Teil: 16.03.26 - 27.03.26**
- 3. Teil: 01.06.26 - 12.06.26**
- 4. Teil: 14.09.26 - 25.09.26**
- 5. Teil: 11.01.27 - 22.01.27**

Bewerberdatum: **Anmeldefrist 01.02. bis 15.03.2025**

**Kosten: 6900 € excl. MWST**

Für den Fall das wir eine Mehrwertsteuer abführen müssen, muss die MWST zusätzlich gezahlt werden (entscheidet sich im Jahr 2025).

**Zahlung in 2 Teilbeträgen:**

**3450 € zum 15.10.2025**

**3450 € zum 15.05.2026**

In den Kosten sind Skripte und Arbeitsblätter zum Unterricht enthalten.

**Angaben für die Datenerfassung (bitte in Druckbuchstaben)**

1. Name: ..... Vorname: .....

2. Geburtsdatum: ..... Abschlussjahr: .....

3. (Korrespondenz-) Anschrift:

PLZ: ..... Ort: .....

Straße: .....

Bundesland: .....

4. Telefon (dienstlich): ..... Fax: .....

**e-Mail:** .....

5. Beruf: .....

6. Anschrift des Arbeitgebers:

Bezeichnung: .....

PLZ: .....Ort: .....

Straße: .....

Bundesland: .....

**Bitte eine Bestätigung des Arbeitgebers für die Freistellung zur Kursteilnahme im genannten Zeitraum schriftlich beifügen.**

7. Träger (falls abweichend von 6.): .....

8. Arbeitsbereich(e) (Mehrfachnennungen möglich):

Frühförderstelle       (Sonder-) Tagesstätte       (Sonder-) Schule

Werkstatt für Behinderte       Praxis

Andere: .....

9. Therapeutische Arbeit mit Kindern:

Angestellt       Freiberuflich

Vollzeit       Teilzeit       Stundenweise

10. Erfahrung in der Arbeit mit Kindern mit Cerebralparese:

Wo: .....

Wie lange: .....

Wie viele Stunden in der Woche: .....

Mit oder ohne Anleitung durch Bobath-Therapeut/in: .....

11. An welchen Fortbildungen und Weiterbildungslehrgängen für die Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage haben Sie bisher teilgenommen?  
(Kursart und Jahr der Absolvierung):

.....

.....

12. Ist eine Arbeit mit Kindern mit entsprechender Indikation zwischen den Kursteilen gewährleistet?

ja       nein

13. Was würde sich, Ihren Vorstellungen nach, bei der Arbeit ändern, wenn Sie einen Bobath-Kurs erfolgreich abgeschlossen hätten?

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

**Hiermit melde ich mich verbindlich für einen Kursplatz an:**

---

Ort

Datum

Unterschrift

### **Schriftliche Einwilligung gemäß Datenschutz**

Die im Vertrag angegebenen personenbezogenen Daten, insbesondere Name, Anschrift, Telefonnummer, Bankdaten, die allein zum Zwecke der Durchführung des entstehenden Vertragsverhältnisses notwendig und erforderlich sind, werden auf Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhoben.

Für jede darüber hinausgehende Nutzung der personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen bedarf es regelmäßig der Einwilligung des Betroffenen.

Gemäß Artikel 17 DSGVO können Sie jederzeit gegenüber dem K.I.d.s.s. e.V. die Berichtigung, Löschung und Sperrung einzelner personenbezogener Daten verlangen. Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an den Vertragspartner übermitteln. Es entstehen Ihnen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen.

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_

---

Schriftliche Einwilligung gemäß Datenschutz / Unterschrift

Bitte fügen Sie bei:

- Aktuellen Lebenslauf
- Urkunden /Zeugnisse
- Arbeitgeberbestätigung zur Freistellung zur Kursteilnahme

## Auszug der GKB Grundlagenpapiere 2021

### 6.1 Voraussetzungen für die Zulassung zu einem Weiterbildungslehrgang für Therapie nach dem Bobath-Konzept von Säuglingen, Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen auf neurophysiologischer/ entwicklungsneurologischer Grundlage

- abgeschlossene Berufsausbildung als
- Krankengymnastin/Physiotherapeutin
- Ergotherapeutin
- Logopädin<sup>1</sup>
- zwei Jahre Berufserfahrung nach Beendigung der Ausbildung, davon mindestens ein Jahr Praxis in der Behandlung von Kindern.
- Abgeschlossene Berufsausbildung als Ärztin. Sie soll über eine zweijährige Erfahrung auf dem Gebiet der Pädiatrie, Neuropädiatrie oder Kinderorthopädie verfügen
- Nachweis über die Möglichkeit, nach Beendigung des Kurses mit Patientinnen mit entsprechenden Krankheitsbildern zu arbeiten. Falls der Kurs in mehreren Teilen durchgeführt wird, ist dieser Nachweis auch für die Zeiten zwischen den Kursteilen zu erbringen.

#### **Corona-Hinweis:**

Aus gegebenem Anlass ist es derzeit nur möglich, an den Kursteilen teilzunehmen, wenn die Teilnehmer:innen die , in dieser Zeit geltenden und für uns verbindlichen Auflagen / Rechtsvorgaben der Senatsverwaltung mittragen bzw. allumfassend erfüllen. Vielen Dank für Ihr Verständnis!