

## Anaphylaxie- Schulungen für professionelles Betreuungspersonal in Schulen

**Veranstalter:** Förderkreis Patientenschulung im Kindes- und Jugendalter Berlin e.V.

Vereinsitz: Charité Campus Virchow Klinikum (Ostring 1), Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin

**Postanschrift und Schulungszentrum: Sophie-Charlottenstr. 6, 14059 Berlin**

**Dozenten:** FachärztInnen für Kinder- und Jugendmedizin mit spezieller Ausbildung und Erfahrung im Krankheitsbild sowie im Bereich Patientenschulung chronisch kranker Kinder und Zusatzausbildung als AnaphylaxietrainerIn

**Thema:** SchülerInnen mit chronischer Nahrungsmittelallergie/Insektengiftallergie und Anaphylaxierisiko im gemeinsamen Unterricht

**Zielgruppe:** ErzieherInnen /LehrerInnen /Betreuungspersonal von Kindern und Jugendlichen mit Anaphylaxierisiko in Schulen

**Ziel:** Wissensvermittlung, Kompetenzaufbau, Angstabbau im Umgang mit Kindern und Jugendlichen mit Allergien und Anaphylaxierisiko, um eine normale Teilhabe dieser Kinder im Schulalltag gewährleisten zu können

**Inhalt:** Vermittlung medizinischer Inhalte im Rahmen einer psychologisch-pädagogischen Intervention. Im Vordergrund steht die praxisnahe Wissensvermittlung mit Bezug auf die jeweilige Alltagssituation in Schulen:

1. Krankheitsbild Anaphylaxie
2. Erkennen und Meiden von Auslösern
3. Symptomerkenkung
4. Erklären der Medikamente im Notfallset
5. Verhalten im Notfall, Einsatz der Notfallmedikamente anhand des Notfallplans
6. praktische Demonstration und Übung mit einem Autoinjektor-Trainer
7. Interaktive Rollenspiele mit Bezug auf diverse Alltagssituationen, Klassenfahrten, Ausflüge etc. sowie Beherrschung von Angst- und Konfliktsituationen

Der Hauptschwerpunkt liegt auf den praktischen Übungen und der interaktiven Vermittlung siehe Punkt 5.-7. und nimmt ca. 60% des Zeitrahmens ein.

**Teilnehmerzahl:** maximal 20 (bei höherer Teilnehmerzahl bitte Rücksprache mit Veranstalter)

**Dauer:** 2 Stunden à 60 Minuten

**Ort:** Präsenzveranstaltung in Ihrer Schule oder online

**Kosten:** 300.-€ (innerhalb von Berlin ÖPNV-Bereich AB; außerhalb Kostenaufschlag nach Absprache)

**Kontakt:** [info@patientenschulung-berlin.de](mailto:info@patientenschulung-berlin.de)

[www.patientenschulung-berlin.de](http://www.patientenschulung-berlin.de)

VR (17671) Nz	Amtsgericht Charlottenburg, 1. Vorsitzende Frau PD Dr.med. Doris Staab
IK 591104074 (Institutionskennzeichen SVI)	Wir sind wegen <b>Förderung der öffentlichen Gesundheitspflege</b> (nach §§ 51 ff. AO) nach dem letzten uns zugegangenen Freistellungsbescheid bzw. nach der Anlage zum Körperschaftsteuerbescheid des Finanzamtes für Körperschaften I Berlin, <b>StNr. 665 / 66060.</b> , vom 10.10.2022 nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 des Körperschaftsteuergesetzes von der Körperschaftsteuer und nach § 3 Nr. 6 des Gewerbesteuergesetzes von der Gewerbesteuer befreit.

## Anmeldung zur Anaphylaxiefortbildung für Betreuungspersonen in Schulen

(Bitte beachten Sie: **nicht für Eltern** zugelassen, für diese bieten wir spezielle Elternschulungen an)

Veranstalter: Förderkreis Patientenschulung im Kindes- und Jugendalter Berlin e.V.  
Vereinsitz: Charité Campus Virchow Klinikum (Ostring 1), Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin  
Postanschrift und Schulungszentrum: Sophie-Charlottenstr. 6, 14059 Berlin

**Auftraggeber:** Bitte senden Sie uns das ausgefüllte Formular **nach Klärung der Kostenübernahme** per E-Mail oder Post zurück. Die Terminvereinbarung erfolgt im Anschluss.

**Einrichtung:** \_\_\_\_\_

**Straße:** \_\_\_\_\_ **PLZ:** \_\_\_\_\_ **Ort:** \_\_\_\_\_

**Rechnungsadresse, falls abweichend:**

\_\_\_\_\_

Rechnung wird getragen zu \_\_\_\_\_ % von: \_\_\_\_\_, zu \_\_\_\_\_ % von \_\_\_\_\_

Der Rechnungsträger - schließt einen persönlichen Honorarvertrag mit der Trainerin  ja  nein  
- schließt einen Werkvertrag mit dem Förderkreis e.V.  ja  nein  
-Die Abrechnung erfolgt über eine einfache Rechnungsstellung an den Rechnungsträger  ja  nein

2-3 alternative Terminwünsche mit Zeitfenster: \_\_\_\_\_

Präsenzveranstaltung  oder: Onlineschulung

Ihr/e Ansprechpartner/In der Schule für Rückfragen:

Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift