



# Praxis Dr. Adam Alfred

Kinderarzt, Kinder- und Jugendpsychiater  
Homöopathie, Neurofeedback

Nymphenburger Str. 154, 80634 München  
Tel.: 089-18951210 / Fax: 089-18951213

Sekretariat@dr-alfred.de / www.praxisalfred.de

## Anmeldung zum Informationsvormittag „Umgang mit ADHS“ (Psychologie)

Der Workshop „Umgang mit ADHS“ wird von Frau Dipl. Psych. S. Eiden geleitet und gründet auf einer langjährigen beruflichen Erfahrung im Umgang mit AD(H)S-Kindern/Jugendlichen. Die Themen und Inhalte des Vormittags sind angelehnt an das Elterntraining **FamilienCoachProjekt**, welches bereits vor 12 Jahren für Eltern von AD(H)S betroffenen Kindern entworfen und seitdem stetig weiter entwickelt wurde.

Dieses Elterntrainingskonzept berücksichtigt spezielle Aspekte der AD(H)S aus kinderpsychiatrischer und psychologischer Sicht sowie familiendynamische Prozesse. An diesem Vormittag werden Grundinformationen zur Entwicklungspsychologie und zur Besonderheiten bei AD(H)S-Kindern vermittelt. Außerdem geht es darum, konkrete Anregungen zu geben, wie der Umgang im Alltag zum einen die Kinder entlasten, zum anderen die positiven Beziehungen innerhalb der Familie wieder beleben kann. Der Erwerb von Basiswissen zum Thema AD(H)S anhand entsprechender Literatur ist ebenfalls wünschenswert.

Die Teilnahme an dem Seminar ist für Eltern von medikamentös behandelten ADHS-Kindern und –Jugendlichen dringend empfehlenswert!

### Termine:

Die Informationsvormittage finden in unserem Therapiezentrum am Rotkreuzplatz in der Nymphenburgerstr. 154 (Karl-Albrecht-Hof) im 1. Stock in 80634 München statt.

Für den Vormittag wird ein Unkostenbeitrag in Höhe von insg. 50 Euro (inklusive einer Getränke- und Imbiss-Kostenpauschale) **pro Teilnehmer** erhoben.

Die Gebühr richtet sich nach der Gebührenordnung für Ärzte, analog Ziffer 887 = Gruppenbehandlung für Kinder/Eltern, einfacher Satz x 3,5 (Dauer 2-3 Stunden), zzgl. Unkostenpauschale von 10 Euro. Manche gesetzlichen Krankenkassen übernehmen die Kosten im Rahmen des so genannten Kostenerstattungsverfahrens. Wir bitten Sie, den oben genannten Betrag gleichzeitig mit der Einsendung der Anmeldung auf folgendes Konto zu überweisen:

**Praxis Dr. Adam Alfred**

**IBAN: DE30 7015 0000 1001 3003 65 - BIC: SSKMDEMM zu überweisen.**

**Bitte als Verwendungszweck Name lt. Anmeldung und Datum der Veranstaltung angeben!**

Bitte beachten Sie, dass Ihre Anmeldung verbindlich ist und nicht wahrgenommene Termine ebenfalls in Rechnung gestellt werden müssen. Die Reihenfolge der eingehenden Überweisungen wird bei der Vergabe der Plätze berücksichtigt. Zu Ihrer Information empfehlen wir, eine Kopie anzufertigen und zu Ihren Unterlagen zu nehmen.

Oben angeführte Bedingungen habe/n ich/wir zur Kenntnis genommen und melde mich/uns hiermit für folgenden Elterninfvormittag an:

02.02.2019

04.05.2019

29.06.2019

09.11.2019

(9:30 Uhr bis ca. 12:00 Uhr)

Name, Vorname des Teilnehmers: \_\_\_\_\_

Name, Vorname des Kindes: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

in Behandlung bei  Dr. Alfred  Heuschen  Palloks  Andere

E-Mail: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift (ggf. beider Elternteile): \_\_\_\_\_