

EINLADUNG ZUR CME - FORTBILDUNG

Gewaltfreie Kommunikation im Praxisalltag

Mehr Klarheit im Patientengespräch. Weniger Konflikte im Team. Nach dem Modell von Marshall Rosenberg in Theorie und Praxis

Samstag, 10. Oktober 2026 | 09:00 - 14:30 Uhr
NRNW-Ärzt Netzwerk, Robert-Bosch-Str. 7, 40668 Meerbusch

für Ärzt:innen, Zahnärzt:innen, angestellte Ärzt:innen / Zahnärzt:innen und Praxisteam

Kommunikation im Praxisalltag. Typische Gesprächssituationen erkennen und gezielt steuern.
schwierige Patientengespräche | Zeitdruck in der Praxis | Konflikt im Team

Warum Gespräche eskalieren. Typische Kommunikationsfehler im medizinischen Alltag.
Sie lernen: Trigger erkennen | Eskalationen früh stoppen | klar bleiben unter Druck

Das Modell der Gewaltfreien Kommunikation konkret anwenden.
Beobachtung, Gefühl, Bedürfnis - sicher einsetzen-

Patienten besser verstehen und gezielter führen.
Sie lernen:

zwischen Aussage und Bedürfnisse unterscheiden | Vertrauen schneller aufbauen | Gespräche effizienter führen

Souverän reagieren in schwierigen Situationen
Konkrete Formulierungen für den Alltag

Beispiele: fordernde Patienten | unzufriedene Angehörige | interne Konflikte im Team

Referent: Sebastian Hein - Hein Mediation

Fortbildungsgebühr: 98,00 € netto inkl. Catering und Getränke.
Beschränkte Teilnehmerzahl - bitte melden Sie sich zeitnah an!

Wir freuen uns auf einen informativen gemeinsamen Netzwerktag.
Ihr NRW-Ärzt Netzwerk

Bitte in Druckbuchstaben und vollständig ausfüllen!

Fax-Rückantwort bitte senden an: 02150 7052-21 oder Mail an aerztenetzwerk@nrnw.de

Meine Anmeldung ist verbindlich, personengebunden und nicht übertragbar.
Mit der Anmeldung erkläre ich mich mit den AGB, nachzulesen auf der Webseite www.nrnw.de einverstanden.
Die Rechnung zur Fortbildung erhalte ich vor der Veranstaltung per Mail.

Bitte informieren Sie mich weiterhin über Ihre Fortbildungen und Angebote per Fax und per Mail

Bitte entfernen Sie folgende Faxnummer aus Ihrem Verteiler: _____

Ich melde mich verbindlich an

Vorname: _____

Nachname: _____

Mail: _____

Mobil-Nr.: _____

Praxisanschrift: _____

Datum/Ort: _____

Unterschrift/

Praxisstempel: _____

**5 CME
Punkte**