

THALAMUS Stuttgart GmbH	Formular	29FO02-1
	Verpflichtungserklärung Studierende Psychotherapie	

ZUSÄTZLICHE TEILNAHMEBEDINGUNGEN
für psychotherapeutische Aus- und Fortbildungen
bei der Thalamus Heilpraktikerschule Stuttgart GmbH

Diese Erklärung ist zu Ihrem Wohl und Ihrer Sicherheit, auch für die anderen Teilnehmer, den Dozenten und für Thalamus zum Schutz der Privatsphäre und Gesundheit !!!

Die Fortbildung ist keine Therapie und kann eine solche nicht ersetzen; es ist eine professionelle Weiterbildung mit Selbsterfahrungsanteilen.

Die Teilnahme setzt eine normale physische und psychische Belastbarkeit voraus.

Der/die Teilnehmer/in erklärt, dass er/sie die Verantwortung dafür übernimmt, für die Ausbildung hinreichend physisch und psychisch belastbar zu sein.

Der/die Teilnehmer/in erklärt verbindlich die Bereitschaft, in einem Einzelgespräch mit der Ausbildungsleitung über etwaige Einschränkungen seiner/ihrer Belastbarkeit Auskunft zu geben. Diese können sich auf vergangene Erfahrungen, auf psychische oder physische Krankheiten oder sonstige Einschränkungen beziehen. Insbesondere verpflichtet sich der/die Teilnehmer/in, über jegliche persönlichen Erfahrungen mit psychiatrischen Krankheitsbildern zu informieren. Tut er oder sie dies nicht, kann Thalamus vom Vertrag zurücktreten und die Person kann nicht weiter an der Ausbildung teilnehmen. Für diesen Fall werden für den Zeitraum von drei Monaten die Ausbildungsgebühren fällig.

Der/die Teilnehmer/in ist frei von ansteckenden Krankheiten (Hepatitis, Aids, Geschlechtskrankheiten, andere Infektionen) und nimmt keine bewusstseinsverändernde Drogen oder Medikamente.

Der/die Teilnehmer/in verpflichtet sich, verantwortungsbewusst mit den eigenen Entwicklungs- und Veränderungsprozessen umzugehen. Alle Anweisungen, und didaktische Vorschläge sind als Lehrangebote zu verstehen.

Der/die Teilnehmer/in verpflichtet sich, zum Schutz der Privatsphäre, über Vorgänge und Informationen, der Teilnehmer und Dozenten betreffend, Stillschweigen zu bewahren.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich diese Regelung zur Kenntnis genommen habe, damit einverstanden bin und mich daran halten werde.

Name des Studierenden:.....

Datum:..... Unterschrift:.....