An die

Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz e.V.

Referat Lebensmittel und Ernährung

Fackelstraße 22

67655 Kaiserslautern

**Gut versorgt bei Demenz**

**Bedarfsgerechte Verpflegung demenzkranker Menschen**

**in Einrichtungen der Altenhilfe**

Workshop für Küchen-, Hauswirtschafts- und Pflegekräfte

|  |
| --- |
| **Verbindliche Anmeldung**  **🢡** per **Post** oder **Fax 0631 - 92845** oder **E-Mail** an[seniorenernaehrung@vz-rlp.de](mailto:seniorenernaehrung@vz-rlp.de)  Termin und Ort nach Absprache mit Ihrer Einrichtung! |

Name der Einrichtung: ..........................................................................................................................

Straße: ................................................................ PLZ/Ort: .................. /.................................

Telefon: ...................... / ..................................... Email: .........................................................

Ansprechpartner/in: …...........................................................................................................................

**Rechnungsadresse**: ..........................................................................................................................**!**

**Teilnehmerinnen und Teilnehmer**

Mindest-/Höchstteilnehmerzahl: 15 Teilnehmerinnen und Teilnehmer

Web-Seminar (2 x 1,5 Stunden)

Für die Teilnahme am Web-Seminar werden **pro Teilnehmer:in** ein Computer/Laptop mit Internetzugang, Kamera und Lautsprecher benötigt. Ideal ist ein Kopfhörer. Als Browser bitte Google Chrome, Microsoft Edge oder Mozilla Firefox verwenden.

Präsenz Workshop (3 Stunden)

Muss der Workshop kurzfristiger als eine Woche vor dem Veranstaltungstermin von Ihrer Einrichtung abgesagt werden, werden möglicherweise bereits angefallene Materialkosten von der Referentin in Rechnung gestellt

Hiermit melde ich die o.g. Einrichtung bzw. \_\_\_\_\_ Teilnehmerinnen und Teilnehmer verbindlich zum Workshop „Gut versorgt bei Demenz“ an.

Ort/Datum: ........................................................ Unterschrift: ...............................................

**Wir bitten Sie um folgende freiwillige Angaben:**

Aus welchem Bereich kommen Sie?

Hauswirtschaft  Küche  Pflege  Alltagsbegleitung/Sozialbetreung

Welche Form der Altenhilfe bieten Sie an?  Alten-/Pflegeheim  Tagesgruppe/-klinik

Sozialstation/Pflegedienst  Betreutes Wohnen/Wohngemeinschaft

Wie viele Personen werden in der Einrichtung betreut?

Ist Ihre Einrichtung bereits zertifiziert?

nein

ja, durch: ..............................................................................................................

Welche Themen interessieren Sie in Bezug auf die Verpflegung demenzkranker Menschen in Senioreneinrichtungen?

* .........................................................................................................................................

* .........................................................................................................................................

* .........................................................................................................................................
* .........................................................................................................................................

Wo sehen Sie Handlungsbedarf in Bezug auf die Verpflegung demenzkranker Menschen in der Senioreneinrichtung, in der Sie tätig sind?

* .........................................................................................................................................

* .........................................................................................................................................

* .........................................................................................................................................

Hatten sie bereits andere Fortbildungen zum Thema Ernährung oder Verpflegung?

nein

ja - (Titel, Anbieter):...................................................................................................................

Wie schätzen Sie den Fortbildungsbedarf der Mitarbeiter/innen Ihrer Einrichtung ein?

gering  mittel  hoch

**Vielen Dank!**