



## AUSHANG PMR-2026

### **Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson**

Bestandteil der psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Facharztweiterbildung

**am 5. und 6. Dezember 2026**

Zeitplan: Samstag: 9.00 – 14.00 und 15.30 – 19.00 Uhr (10 Std.)  
Sonntag: 9.00 - 14.30 Uhr (6 Std.) (insgesamt 8 Dpst. = 16 Std.)

Ort Praxis Dr. B. Deckert, Kaiserstr. 8, 97070 Würzburg

Veranstalter und Kursleiterin Dr. med. Beate Deckert, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Tiefenpsychologin, Verhaltenstherapeutin, Lehrberechtigung der BLÄK. Homepage: verhaltenstherapie-beate-deckert.de

Anmeldung bei der Kursleiterin mit dem Anmeldeformular, siehe Seite 2. Bevorzugt per Mail (Scan/Foto) oder per Post. **Begrenzte Teilnehmerzahl auf 12 TN.** Bei freien Plätzen ist die Anmeldung bis Kursbeginn möglich. Bei Überbelegung gilt das frühere Datum der Überweisung als gesicherte Anmeldung.

Kosten **250 Euro** (15 Euro pro Stunde, insgesamt 8 Doppelstunden)  
Überweisung erbeten bis spätestens 4 Wochen vor Kursbeginn auf das Konto 45041522 der Sparkasse Mainfranken Würzburg BLZ 79050000.  
DE37 7905 0000 0045041522. BIC: BYLADEM1SWU

Stornierung Ein Rücktritt ist kostenfrei bis 4 Wochen *vor* Kursbeginn und bei kurzfristigerem Rücktritt nur bei vom Zurücktretenden benannte Ersatzteilnehmer.

Zertifizierung erfolgt durch die BLÄK (18 Punkte).

**Mit zwei Kursen mit je 8 Doppelstunden im Abstand von 6 Monaten kann die Abrechnungsberechtigung der Ziffern 35111 und 35112 bei der KV beantragt werden.**

Bitte warme Socken mitbringen! Danke für Ihre Anmeldung! Kollegiale Grüße.

Dr. med. Beate Deckert

Privatarztpraxis

Dr. med. Beate Deckert

Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie

Verhaltenstherapeutin (DÄVT, DGVT)  
Supervisorin für Verhaltenstherapie (DÄVT)  
Supervisorin (DVT)



Kaiserstr. 8 - 97070 Würzburg

Tel. 0931-26408 - Fax 0931-26424  
E-Mail deckert.b@t-online.de

Hiermit melde ich mich verbindlich an zum Kurs

Sprechstunden nach Vereinbarung

## Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson

Bestandteil der psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Facharztweiterbildung

5. und 6. Dezember 2026

bitte vollständig ausfüllen:

### **Kontaktdaten:**

Titel, Vor- u. Nachname

Geburtsdatum (für Bläk-Zeugnis)

Private Adresse

Telefon

E-Mail (bevorzugt privat)

### **Berufsbezeichnung:**

Grundberuf Arzt/Psychologie/anderes:

Zusatztitel zu Facharzt:

Ich bin in Ausbildung zu:

Klinik/Praxis/anderes:

Wo:

### **PMR-Erfahrung:**

Ankreuzen:

|  |                          |
|--|--------------------------|
| Ich bin Einsteiger in PMR (Erstteilnahme):       | <input type="checkbox"/> |
| Ich bin Fortgeschrittener in PMR (Zweiter Kurs): | <input type="checkbox"/> |

**Kosten:** 250 (15,60 Euro pro Stunde, insgesamt 8 Doppelstunden)

Überweisung erbeten **bis spätestens 4 Wochen vor Kursbeginn** auf das Konto der Sparkasse Mainfranken Würzburg DE37 7905 0000 0045041522.

BIC: BYLADEM1SWU

**Stornierung:** Ein Rücktritt ist kostenfrei bis 4 Wochen vor Kursbeginn und danach nur bei kurzfristiger Belegung durch einen vom Zurücktretenden selbst benannten Ersatzteilnehmer.

**Datum/ Unterschrift:**