**Delavnica: VEDENJSKO KOGNITIVNA TERAPIJA BOLNIKOV S ŠUMENJEM (TINITUSOM)**

Na Društvo za vedenjsko kognitivno terapijo Slovenije se obračajo tako bolniki s šumenjem (tinitusom) kakor tudi vedenjsko-kognitivni terapevti. Bolniki prosijo za klinično psihološko in ustrezno terapevtsko obravnavo težav s šumenjem, vedenjsko kognitivni terapevti pa iščejo strokovne usmeritve in znanje za tovrstno obravnavo.

Zaradi omenjene želje terapevtov in potrebe bolnikov bo DVKT Slovenije organiziralo v sodelovanju s strokovnjaki ORL klinike enodnevno delavnico, v kateri se boste lahko akreditirani vedenjsko kognitivni terapevti ali terapevti v edukaciji poučili o obravnavi šumenja.

Predstavljena bo obravnava bolnikov s šumenjem po modelu Tinnitus Rehabilitation by Retraining, ki je sestavljena iz treh glavnih delov. Prvi del predstavlja dobra edukacija bolnikov o pojavnosti, razlogih ter oblikah in značilnosti šumenja. Drugi del vključuje edukacijo o maskiranju šumenja. Tretji del pa se nanaša na vedenjsko kognitivno terapijo bolnikov.

**Informacije o delavnici:**

**Kdaj:** sobota, 11.5.2019 od 9.00 do 15.00.

**Kje:** Klinika za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo (UKC LJ), Zaloška c. 2, Ljubljana

**Predavatelji:**

izr.prof.dr. Saba Battelino, dr.med., spec.orl,

Nina Božanič Urbančič, dr.med., spec. orl.,

mag. Petra Bavčar, univ.dipl.psih., spec.klin.psih., akreditirana kognitivno vedenjska terapevtka

**Udeleženci:** akreditirani vedenjsko-kognitivni terapevti in vedenjsko-kognitivni terapevti v izobraževanju (pogoj je dokončan Praktikum I).

**Struktura delavnice:**

**9.00 – 11.00** Fiziologija, nastanek šumenja, diagnostika, terapija (izr.prof.dr. Saba Battelino, dr.med., spec.orl in Nina Božanič Urbančič, dr.med., spec. orl.)

**11.00 – 11.30** Uvod v VKT šumenja (mag. Petra Bavčar, univ.dipl.psih., spec.klin.psih.)

**11.30 – 12.30** odmor

**12.30 – 15.00** VKT šumenja – struktura srečanj (mag. Petra Bavčar, univ.dipl.psih., spec.klin.psih.)

**Kotizacija:** Cena izobraževanja (predavanja in gradiva) je za člane DVKT Slovenije 40 €, za nečlane pa 50 € (vključen DDV).

**Prijave:**

Prijavite se lahko preko spodaj priložene prijavnice. Prijave bomo sprejemali **do zapolnitve mest** (maksimalno število udeležencev je 50) oziroma do **3.5.2019** na spletni naslov društva dvktslovenije@gmail.com, kjer dobite tudi dodatne informacije.

**Delavnica: VEDENJSKO KOGNITIVNA TERAPIJA BOLNIKOV S ŠUMENJEM (TINITUSOM)**

**ZA VELJAVNO PRIJAVO PROSIMO, DA ČITLJIVO IZPOLNETE VSE PODATKE V VSEH RUBRIKAH**

Ime in priimek:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dokončan imam: Praktikum I Praktikum II Praktikum III *(obkroži)*

Zaposlen/a v: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Delovno mesto:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Naslov, kamor želite prejemati pošto:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-naslov, kamor želite prejemati obvestila: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PODATKI O PLAČNIKU** (obkrožite): samoplačnik/ica plačnik je ustanova

Vaš podpis, če ste samoplačnik/ica:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- - - - - - - - - - -

Podatki o plačniku (če je plačnik ustanova):

Zavezanec za DDV (obkrožite) DA NE

DDV/ID številka: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Točen naziv in naslov ustanove:

***Izjava (pravne osebe)***:

Našo/ega zaposleno/ega \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prijavljamo na Delavnico: VEDENJSKO KOGNITIVNA TERAPIJA BOLNIKOV S ŠUMENJEM (TINITUSOM).

**Kotizacijo za usposabljanje bomo poravnali v plačilnem roku na podlagi računa, ki bo izstavljen s strani DVKT Slovenije.**

Odgovorna oseba: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis in žig:

**IZJAVA UDELEŽENCA-KE**

**S to izjavo se podpisani-a udeleženec-ka Delavnice: VEDENJSKO KOGNITIVNA TERAPIJA BOLNIKOV S ŠUMENJEM (TINITUSOM) zavezujem, da bom (v primeru neporavnanega zneska za storitve DVKT s strani drugega plačnika) svoje obveznosti poravnal-a v dogovorjenem plačilnem roku na podlagi računa, ki bo izstavljen.**

Datum in podpis: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**