

Die Schulung wird von der Epilepsieberatung Schwaben-Allgäu durchgeführt, anerkannt als MOSES Schulungszentrum.

#### Welche Kosten kommen auf Sie zu?

Moses ist als Patienten-Schulungsprogramm nach SGB V §43 von den Krankenkassen anerkannt. Die Kosten werden auf Antrag fast immer übernommen. Mit Ihrer **Anzahlung von 95 €** pro Person wird Ihre Teilnahme bestätigt. Diese bekommen Sie zurück, wenn Ihre Krankenkasse die Gesamtkosten erstattet hat.

**Bitte überweisen Sie den Betrag nach Ihrer Anmeldung auf folgendes Konto:**

**Körperbehinderte Allgäu gGmbH  
Sparkasse Allgäu**

IBAN: DE22 7335 0000 0000 0666 21

SWIFT-BIC: BYLADEM1ALG

**Kennwort: Moses 2024**

***Wir unterstützen Sie bei der Antragsstellung bei Ihrer Krankenkasse von Anfang an.***

***Melden Sie sich, falls noch Fragen sind.***

Nähere Informationen bei:



#### Epilepsieberatung Schwaben – Allgäu

Barbara Eberle  
Immenstädter Str. 27  
87435 Kempten

Tel: 0831/51239 181

Fax: 0831/51239 999

[epilepsieberatung@kb-allgaeu.de](mailto:epilepsieberatung@kb-allgaeu.de)

<https://kb-allgaeu.de>



#### Haftung

Die Teilnahme am Kursangebot ist freiwillig. Sie tragen die Verantwortung für sich selbst und Ihre Handlungen innerhalb und außerhalb des Kurses. Für verursachte Schäden kommen Sie selbst auf und stellen den Veranstalter, die Kursleiter und den Gastgeber am Veranstaltungsort von allen Haftungsansprüchen frei.

# Leben mit Epilepsie

## 18.10.-20.10.2024

Schulung zur Erkrankung Epilepsie für betroffene Erwachsene ab dem 16. Lebensjahr, sowie Angehörige In Kempten/ Allgäu



# M O S E S

## MOdulares Schulungs Programm EpilepSie

**MOSES hilft Ihnen,  
„Experte“ im Umgang  
mit der Epilepsie zu werden.**

## MOSES – Ein guter Weg, Epilepsie besser zu verstehen

### Das Ziel

- Die Krankheit Epilepsie verstehen
- Mit der Krankheit umgehen lernen
- Diagnostische und therapeutische Maßnahmen kennen- und verstehen lernen
- Die psychosozialen Aspekte verstehen
- Ein Leben mit möglichst wenig Einschränkungen

### Der Weg

- Schulung in kleinen Lerngruppen
- Schrittweise Erarbeitung der Lerninhalte, gemeinsam mit einer/m Trainer/in und durch Austausch mit anderen Betroffenen
- Vermittlung von theoretischem Wissen
- Emotionale Auseinandersetzung mit der Erkrankung

### Das Ergebnis

- Am Ende der Schulung stehen informierte, mitdenkende, eigenverantwortliche Betroffene.
- Sie wissen, welche medizinischen und psychosozialen Maßnahmen warum für Sie wichtig sind und was Sie damit erreichen wollen.
- Sie sollen in der Lage sein, mit Ihren Ärztinnen und Ärzten die Behandlungsmöglichkeiten zu diskutieren und bewusst mit zu entscheiden.

## MOSES hilft Ihnen

*Es geht um die Annahme der Herausforderungen, die die Krankheit mit sich bringt und um die aktive Suche nach Lebensformen, die möglichst viel Freiheit zulassen.*

<https://www.moses-schulung.de/>  
Quellennachweis: MOSES-Geschäftsstelle



### Ihre MOSES-Trainer\*innen sind:

**Dr. Hans Molitor**, Neurologe, ehemaliger Chefarzt der Neurologie im Juliusspital

**Barbara Eberle**, Diplom Sozialpädagogin, Krankenschwester, Epilepsiefachassistentin

### Wann findet MOSES statt?

Die Schulung wird durchgeführt am:

**Freitag, 18.10. von 17:00 – 20:00**  
**Samstag, 19.10. von 9:00 – 16:00**  
**Sonntag, 20.10. von 9:00 – 15:00**

Ankommen am Freitag ab 16:30. Die Teilnahme an allen Tagen ist verbindlich. Die Teilnehmerzahl ist auf max. 12 begrenzt.

### Wo findet MOSES statt?

**Margaretha- und Josephinen-Stift gGmbH**  
**Adenauerring 39**  
**87439 Kempten**

Parkplätze am Haus oder in der Nähe

### Übernachtungsmöglichkeiten

<https://www.booking.com> oder  
<https://www.kempten-tourismus.de/hotels/unterkuenfte>  
z.B. Mehrgenerationenwohnen

### Verpflegung:

Kleiner Imbiss und Getränke stehen bereit. Mittagessen am Veranstaltungsort möglich zu günstigen Preisen auf eigene Kosten:

<https://www.mj-stift.de/>

## Schriftliche Anmeldung

**Bitte überweisen Sie die Anzahlung nach Ihrer Anmeldung.**

Hiermit melde/n ich mich/ wir uns verbindlich für das Schulungsprogramm „MOSES“ an.

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Teilnehmender Angehöriger

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Email

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse, Adresse

\_\_\_\_\_  
Krankenkassen- Nummer

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

Ich erkläre mich durch meine Anmeldung einverstanden, den Kostenantrag gemäß § 43 Abs. 1 Nr.2 SGB V bei meiner Krankenkasse zu stellen

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift