

## Absender / Rechnungsadresse



bitte  
freimachen

Einrichtung / Name

Anschrift

Telefon / Fax

E-Mail

**Alzheimer Gesellschaft Thüringen e.V.**  
**Selbsthilfe Demenz**  
Pfeiffersgasse 13

99084 Erfurt

Ich habe die Teilnahmebedingungen gelesen und akzeptiere sie.

Ich möchte meinen Angehörigen betreuen lassen.



Folgende Personen werden am **18. Tag der Demenz in Erfurt** teilnehmen:

\_\_\_\_\_  
Name Vorname

\_\_\_\_\_  
Name Vorname

\_\_\_\_\_  
Name Vorname

\_\_\_\_\_  
Name Vorname

## Anmeldung zu den Workshops

**11:30 Uhr**

**13:30 Uhr**

### **Workshop 1**

**Musik & Bewegung gemeinsam erleben**

**Frank Truckenbrodt**, Musiktherapeut

### **Workshop 2**

**„Spielen, Feiern und Entspannen –  
Positive Interaktionen nutzen“**

**Christiane Dumke**, Dipl. Pflégewirtin, Musikgeragogin

### **Workshop 3**

**Wald(aus)zeit für Angehörige**

**Ines Flade**, Musikgeragogik, Systemische Naturtherapie

### **Workshop 4**

**Möglichkeiten der Beschäftigung**

**Elisabeth Hemker**, Dipl. Pädagogin, Kunsttherapeutin

**Sie können zwei Workshops auswählen.**

