# Ausbildung Supervision (Steinbeis)

## Modul 4 Teamsupervision/ Teamentwicklung

**Zielgruppe (m/w/d):** Unsere Supervisionsausbildung richtet sich vor allem, aber nicht ausschließlich, an Ärzte, Lehrer, Mediatoren, Pädagogen, Pfarrer, Pflegepersonal, Psychotherapeuten, Psychologen, Rechtsanwälte, Richter, Sozialpädagogen sowie Führungskräfte und Mitarbeiter aus Unternehmen und der öffentlichen Verwaltungen. Die einzelnen Module können für Supervisor*innen zur „Auffrischung“ dienen.

### Schwerpunkte

- Grundlagen der Teamsupervision
- Rollen und Funktionen im Team
- Erkennen von Phänomenen der Teamdynamik z. B. Dominanz, Tabuisierung, Konfliktvermeidung, Ausgrenzung und Spaltung
- Entwicklungsphasen im Team
- Umgang mit formalen und informellen Strukturen im Team
- Umgang mit Krisen und schwierigen Situationen im Team

### Referentin

**Dipl.-Soz.päd. Sosan Azad**

**Berufliche Qualifikationen**

- Studium der Sozialarbeit und Sozialpädagogik, Abschluss als staatlich anerkannte Diplom-Sozialpädagogin
- Lizenzierte Mediatorin und Ausbilderin BM®,
- Zertifizierte Mediatorin nach dem Mediationsgesetz
- Systemische Beraterin und Therapeutin
- Akkreditierte Team-Management-System® Trainerin
- Supervisorin, Coach und Organisationsentwicklerin gemäß der Deutschen Gesellschaft für Supervision e.V. (DGSv)

### Auf einen Blick

| **Datum:** | **Ort:** | **Kosten (inkl. Teilnahmebestätigung):** |
|---|---|---|
| 26.10.-28.10.2023 | Haus der Technik e.V.<br>Hollestr. 1<br>45127 Essen | 750,00 EUR<br>(diese Veranstaltung ist USt.-befreit) |

**Kontakt:** IKOME®, Frau Elisa Wilhelm, Tel. 0341/22 54 13 50, Mail: elisa.wilhelm@ikome.de

## Anmeldung

per E-Mail an: elisa.wilhelm@ikome.de

oder Per Post an:

**IKOME® Dr. Barth GmbH & Co. KG | Hohe Straße 11 | 04107 Leipzig**

Hiermit melde ich mich verbindlich zu folgender Fortbildung bei der IKOME® Dr. Barth GmbH & Co. KG an:

Modul 4: Teamsupervision/ Teamentwicklung (Standort Essen)
26.10.-28.10.2023

**Bitte in Blockschrift ausfüllen!**

| | |
|---|---|
| **Vorname, Name** | |
| **Tätigkeit** | |
| **Firma** | |
| **Wohnanschrift** | |
| **Rechnungsanschrift** | |
| **Tel/Fax** | |
| **E-Mail** | |

Von den **Allgemeinen Geschäftsbedingungen** und Von den Allgemeinen Geschäftsbedingungen und der Datenschutzerklärung der IKOME Dr. Barth GmbH & Co. KG habe ich zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden. Einzusehen unter www.ikome.de
Der Vertrag kommt nur bei ausreichender Teilnehmerzahl zustande.

☐ Hiermit stimme ich zu, dass mir Newsletter und Veranstaltungshinweise bis auf Widerruf zugeschickt werden dürfen.

Ort/Datum _____ Unterschrift _____