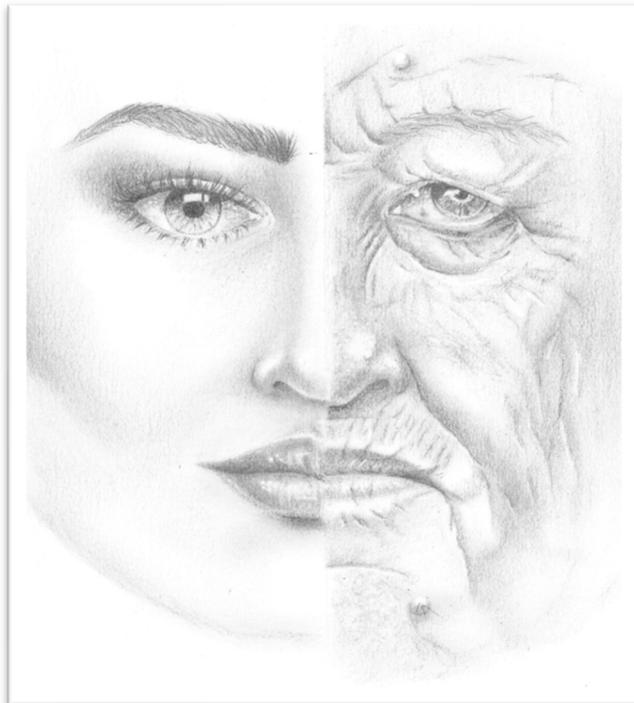


Gesichtsanalyse – Basisausbildung (4 WE)

Modul 1:	04.-06.10.2024
Modul 2:	17.-19.01.2025
Modul 3:	25.-27.04.2025
Modul 4:	13.-15.06.2025



Diese Ausbildungsserie lehrt die grundlegenden Kenntnisse und Fertigkeiten um das Gesicht nach Aspekten der Gesundheit und Persönlichkeit zu beurteilen. Vermittelt werden die wesentlichen Elemente, die Vernetzung der gewonnenen Informationen und die Mitteilung über das Gesehene an das Gegenüber. Die Basisausbildung ist Teil einer ganzen Ausbildungsserie, die in weiterer Folge darauf aufbauende Kurse über die Betrachtungen aus traditionell chinesischer Sicht, Mimik, Gestik, Körpersprache, Microexpressions sowie fortgeschrittene Überlegungen zu den jeweiligen Themen umfasst.

Die Basisausbildung steht als abgeschlossene Einheit für sich. Die Lehrinhalte gehen deutlich über die Inhalte der beiden Spezialseminare hinaus. Der vorherige Besuch eines Spezialseminars ist nicht Kursvoraussetzung für den Kursbesuch, vermittelt allerdings einen ersten Blick auf die Materie.

Inhalt Basisausbildung:

- Grundregeln der Gesichtsanalyse
- Schärfen des Blickes, Schauen – Üben
- Mitteilen - Wie sage ich es meinem Gegenüber?
- Bausteine / Vokabel
- Anzeichen von potentiellen Schwachstellen / Prädispositionen: Herz, Lunge, Magen, Niere, Leber, Galle, Pancreas, Milz, Verdauungsapparat, Reproduktionsorgane, Wirbelsäule
- Hinweise auf die Persönlichkeit

REFERENTEN: Dr. Josef Mittermaier
Thomas Bauer

SEMINARGEBÜHR: € 799,-/Modul inkl. Seminarverpflegung
€ 650,-/Modul inkl. Seminarverpfl. für Mitglieder der Ärzteplattform
€ 2750,- für Nichtmitglieder bei Gesamtbuchung Modul 1-4

SEMINARORT: Hotel Ammerhauser, Dorfstraße 1, 5102 Anthering bei Salzburg

SEMINARZEITEN: Freitag: 17:00 – 18:30 Uhr anschließend gemeinsames Abendessen
Samstag: 09:00 – 18:00 Uhr
Sonntag: 09:00 – 14:00 Uhr

- Änderungen vorbehalten -

ANMELDUNG

Ich melde mich verbindlich an:

- Modul 1:** 04.-06.10.2024
- Modul 2:** 17.-19.01.2025
- Modul 3:** 25.-27.04.2025
- Modul 4:** 13.-15.06.2025

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Tel.: _____ E-Mail: _____

- Ich bin Mitglied der Ärzteplattform

Datum, Unterschrift