

Aus- und Weiterbildungsnachweis für die affilierte Mitgliedschaft (AP/TP)

Information gemäß § 43 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG):

Die Geschäftsführung der DGPT wird von der EDV unterstützt. Die Daten der Mitglieder werden zu diesem Zweck unter Beachtung der Bestimmungen des BDSG gespeichert. Darüber hinaus werden wir über die erfolgte Aufnahme in die DGPT unsere Versicherungspartner informiert.

Name:

Vorname:

Titel / Ausbildungsabschluss:

Straße:

Postleitzahl und Ort:

Telefon (dienstlich): (privat):

Telefax:

E-Mail:

Bundesland:

Geburtsdatum:

I Vorbildung

Medizinstudium

von: bis:

an den Universitäten:

Approbation vom:

Promotion am:

Facharzt für: seit:

Bereichsbezeichnung: seit:

jetzige Tätigkeit:

in:

Studium der Psychologie

von: bis:

an den Universitäten:

Diplom-Prüfung am:

Promotion zum: am:

jetzige Tätigkeit:

in:

Tätigkeit im Grundberuf

von: bis:

wo:

Klinisch-psychiatrische Kenntnisse / Erfahrungen

Praktische klinische Tätigkeit

von: bis:

wo:

Praktische poliklinische Tätigkeit (*auch Erziehungsberatungsstellen und dergleichen*)

von: bis:

wo:

II Aus- / Weiterbildung

Aus- / Weiterbildungsstätten:

.....

von: bis:

Vorlesungen und Seminare

wo (falls nicht an einer bereits genannten Aus- / Weiterbildungsstätte):

.....

theoretische Stunden:

Kasuistisch-technische Seminare

Stundenzahl (Doppelstunden):

Selbsterfahrung

von: bis:

bei:

(Name des Selbsterfahrungsleiters und Zugehörigkeit zu Fachgesellschaften {DGPT, DGAP, DGIP, DPG, DPV})

	Name	Fachgesellschaft	Stundenzahl
1.
2.
3.

Supervision (Kontrollanalyse)

(Name des Selbsterfahrungsleiters und Zugehörigkeit zu Fachgesellschaften {DGPT, DGAP, DGIP, DPG, DPV})

Name	Fachgesellschaft	Stundenzahl
1.		
2.		
3.		

Behandlungsfälle*

Kontrollierte Fälle gesamt:

Behandlungsstunden gesamt:

davon: Fälle mit mindestens je: Stunden

III Abschlussprüfung**

Abschlussprüfung am:

IV Mitgliedschaft in einem von der DGPT anerkannten Institut

Mitglied der / des: seit:

Form der Mitgliedschaft:

ordentlich () außerordentlich ()

affiliert / assoziiert () Gast ()

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift

* Bitte Aufstellung beifügen, Diagnose nicht erforderlich

** Bitte Kopie des Zeugnisses beifügen