

Fragebogen für ärztliche PsychotherapeutInnen

Name Geburtsort

Vorname..... Geburtsdatum

Geburtsname

Wohnort Straße

Telefon E-Mail

Derzeitige Berufstätigkeit

Hochschulabschluss* (wann/wo)

3.Staatsexamen* (wann/wo)

Gleichwertiger Abschluss mit Äquivalenzbescheinigung* bei Studium an ausländischer
Hochschule (wann/wo)

Promotion* (wann/wo)

Approbation* (wann/wo)

Eintrag ins Arztregister* (wann)

Facharzt-Weiterbildung* (wann/wo), gesonderte Aufstellung der klinischen Tätigkeit beifügen
.....

Durch welche Ärztekammer* (wann)

Niederlassung* (wann/wo)

Zahl der Erst-Interviews, die während der vorangegangenen tiefenpsychologischen Weiterbildung
absolviert wurden (Nachweis beilegen)

Bitte legen Sie ihrer Anmeldung eine beidseitige Kopie des Personalausweises bei

Ort/Datum

Unterschrift

Foto

***beglaubigte Kopie erforderlich**