



**Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie,
Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) e.V.**

Johannisbollwerk 20, 20459 Hamburg, Tel: 040/ 319 26 19, Fax: 040/ 319 43 00

**Aus- und Weiterbildungsnachweis
für das Studium der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie**

Name:	
Vorname:	
geboren am	
Straße:	
Postleitzahl und Ort:	
Bundesland:	
Telefon:	
* dienstlich	* Fax
* privat	* E-Mail

I. Vorbildung

1. Medizinstudium

von	bis
an den Universitäten:	
Approbation vom:	
Promotion am:	
Facharzt für:	seit:
jetzige Tätigkeit:	in:

2. Studium der Psychologie

von	bis:
an den Universitäten:	
Diplom-Prüfung am:	
Promotion zum:	am:
jetzige Tätigkeit:	in:

3. Tätigkeit im Grundberuf

von	bis
wo:	

4. Klinisch-psychiatrische Kenntnisse/Erfahrungen

a. Praktische klinische Tätigkeit		
von		bis
wo:		
b. Praktische poliklinische Tätigkeit (auch Erziehungsberatungsstellen u. dergl.)		
von		bis
wo:		

II. Aus-/Weiterbildung

1. Aus-/Weiterbildungsstätte(n):		
.....		
.....		
.....		
Aus-/Weiterbildung:		
von		bis
2. Vorlesungen und Seminare		
Wo (falls nicht an einer unter Ziff. 1 genannten Aus-/Weiterbildungsstätte):		
Stundenzahl:		theoretische Stunden
3. Kasuistisch-technische Seminare		
Stundenzahl (<u>Doppelstunden</u>):		

4. Selbsterfahrung			
von		bis	bei:
(Name des Selbsterfahrungsleiters und Zugehörigkeit zu Fachgesellschaften {DGPT, DGAP, DGIP, DPG, DPV}) :			
	Name	Fachgesellschaft	Stundenzahl
1.			
2.			
3.			

5. Supervision (Kontrollanalyse)		
(Name des Selbsterfahrungsleiters und Zugehörigkeit zu Fachgesellschaften {DGPT, DGAP, DGIP, DPG, DPV}) :		
	Name	Fachgesellschaft
1.		Stundenzahl
2.		
3.		
6. Behandlungsfälle (Bitte Aufstellung beifügen , Diagnose nicht erforderlich)		
Kontrollierte Fälle insgesamt:		
Behandlungsstunden insgesamt:		
Davon	Fälle mit mindestens je	Stunden

III. Abschluss der Aus-/Weiterbildung
(bitte Zeugnis bzw. Anerkennungsurkunde in Kopie beifügen)

1. Anerkennung der Zusatzbezeichnung Psychotherapie am	
2. Anerkennung der Facharztbezeichnung am	
3. Approbation als PP (TfP) am	

IV. Mitgliedschaft
in einem von der DGPT anerkannten Institut

Mitglied der / des	seit
Form der Mitgliedschaft:	
() ordentlich	() außerordentlich
() affiliert/assoziiert	() Gast

Ort und Datum

Unterschrift