

Aus- und Weiterbildungsnachweis für das Studium der analytischen Psychotherapie

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

Zugelassen zur Weiterbildung am:

.....

Vorlesungen und Seminare

Semester von: bis:

Stundenzahl: theoretische Stunden:

Kasuistisch-technische Seminare

Stundenzahl (Doppelstunden):

Lehranalyse

1. Stunden:

2. Stunden:

3. Stunden:

4. Stunden:

Stunden gesamt:

Kontrollanalyse

1. Stunden:

2. Stunden:

3. Stunden:

4. Stunden:

5. Stunden:

Stunden gesamt:

Behandlungsfälle*

Kontrollierte Fälle gesamt:

Behandlungsstunden gesamt:

davon: Fälle mit mindestens je: Stunden

Zwischenexamen am:**III Abschlussprüfung****

Abschlussprüfung am:

IV Institutszugehörigkeit

Mitglied der / des: seit:

.....
Ort, Datum.....
UnterschriftBestätigung der Angaben zur Weiterbildung und der dienstlichen Unabhängigkeit zum Lehranalytiker
durch den Leiter der Weiterbildungsstelle.....
Ort, Datum.....
Unterschrift

* Bitte Aufstellung beifügen, Diagnose nicht erforderlich

** Bitte Kopie des Zeugnisses beifügen

Absender/Stempel

D G P T - Geschäftsstelle
Kurfürstendamm 54/55

10707 Berlin

Fax: 030 / 887 16 39 59 / E-Mail: psa@dgpt.de

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Hiermit ermächtige ich die

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

widerruflich zu Lasten meines unten angegebenen Sparkassen-Bank-Giro- bzw. Postbank-Kontos den fälligen Mitgliedsbeitrag jährlich einzuziehen. Gleiches gilt für eventuell zu erhebende – von der Mitgliederversammlung beschlossene – Sonderabgaben (z. B. Forschungsabgabe).

Weist das Konto die erforderliche Deckung nicht auf, ist das kontoführende Geldinstitut nicht zur Einlösung verpflichtet.

Der **Beitrag für Mitglieder ist zum 01. Januar eines jeden Jahres** von nachstehendem Konto einzuziehen:

Kontoinhaber:
bei Geldinstitut:
in:
IBAN:
BIC:

.....
Stempel / Unterschrift

.....
Ort / Datum

Mitgliedsbeiträge

Die Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V. (DGPT) erhebt von ihren Mitgliedern einen Jahresbeitrag.

Art der Mitgliedschaft	Jahresbeitrag
Ordentliche Mitgliedschaft	€ 490
Affilierte Mitgliedschaft	€ 240
Außerordentliche Mitgliedschaft nach Zwischenprüfung	€ 87,50
Außerordentliche Mitgliedschaft vor Zwischenprüfung	beitragsfrei bis zur Zwischenprüfung

Weitere Details regelt die am 30.09.2016 von der Mitgliederversammlung verabschiedete Beitragsregelung.

Stand: 01.10.2016