

Antrag auf ordentliche/affilierte Mitgliedschaft in DGPT für Psychologische Psychotherapeuten /Psychotherapeutinnen und Ärzte/Ärztinnen sowie Absolventen/Absolventinnen anderer Studiengänge

**bei Aus-/Weiterbildung an einem nicht von der DGPT anerkannten Institut oder ohne
Abschluss im Sinne der Aus- und Weiterbildungsrichtlinien der DGPT**

(Bitte füllen Sie den Antrag vollständig aus! Vielen Dank!)

I. Persönliche Daten des/der Antragstellenden

Name: Vorname:
Anrede:
Titel /Ausbildungsabschluss:
Straße:
Postleitzahl und Ort:
Telefon (dienstlich): (privat):
E-Mail:
Bundesland / Kammerzugehörigkeit:
Geburtsdatum:

II. Vorbildung des/der Antragstellenden

Studienfach:
von: bis:
an den Universitäten:
.....
☐ Diplomprüfung ☐ Masterprüfung ☐ ärztliche Approbation am:
(Bitte Zutreffendes ankreuzen und entsprechende Daten ergänzen!)
Promotion zum: am:
jetzige Tätigkeit:
wo (Einrichtung):

Praktische klinische Tätigkeit ambulant/stationär

Praktische klinische Tätigkeit

von: bis:
wo:

Institutionelle ambulante Tätigkeit (auch Erziehungsberatungsstellen und dergleichen)

von: bis:
wo:

III. Aus- / Weiterbildung bzw. Zusatzweiterbildung des/der Antragstellenden

(Bitte Zutreffendes ankreuzen und sich darauf beziehende Punkte beantworten!)

☐ **Analytische Psychotherapie (AP)/integrierte Ausbildung AP+TP**

Zugelassen zur Aus-/Weiterbildung am:

Name Aus- / Weiterbildungsstätte:

.....
.....

von: bis:

Angaben zu theoretischen Lehrveranstaltungen:

Stundenzahl gesamt:

Angaben zur Selbsterfahrung (Lehranalyse)

von: bis:

Lehranalytiker:in Vor- und Nachname*	Fachgesellschaft von Lehranalytiker:in*	Anzahl Stunden	Einzelsitzungen (ES)	Gruppensitzungen (GS)

Stundenanzahl gesamt:

*(Bitte Vor- und Nachname von Lehranalytiker:in und Zugehörigkeit zu Fachgesellschaften {DGPT, DGAP, DGIP, DPG, DPV} eintragen)

Angaben zur Supervision/Kontrollanalyse

von: bis:

Supervisor:in/Kontrollanalytiker:in Vor- und Nachname*	Fachgesellschaft von Lehranalytiker:in*	Anzahl Stunden	Einzelsitzungen (ES)	Gruppensitzungen (GS)

Stundenanzahl gesamt:

**(Bitte Vor- und Nachname von Supervisor:in/ Kontrollanalytiker:in und Zugehörigkeit zu Fachgesellschaften {DGPT, DGAP, DGIP, DPG, DPV} eintragen)*

Angaben zu Behandlungsfällen (Bitte Aufstellung beifügen, Diagnose nicht erforderlich!)

Behandlungsstunden gesamt:

supervidierte Fälle gesamt:

davon Langzeittherapien in Einzelsitzungen (mind. 250 Std.):

Angaben zum Abschluss-Kolloquium/ zur Abschlussprüfung mit Darstellung und mündlicher Diskussion einer kontinuierlich supervidierten Langzeitbehandlung

(Bitte unbeglaubigte Kopie des Zeugnisses beifügen)

Abschlussprüfung am:

Bestätigung der Angaben zur Weiterbildung und der dienstlichen Unabhängigkeit zum/zur Lehranalytiker:in durch den/die Leiter:in der Aus- und Weiterbildungsstätte.

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift Leiter:in der Aus-/Weiterbildungsstätte¹

¹ Als rechtsverbindliche Unterschrift anerkannt wird eine eingescannte Unterschrift, die digital eingefügt wird, oder eine händische Unterschrift auf dem ausgefüllten Antrag. Dieser kann dann eingescannt per E-Mail oder per Post an die DGPT übersandt werden.

□ Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP)

Name Aus- / Weiterbildungsstätte:

.....
.....

von: bis:

Angaben zu absolvierten Vorlesungen und Seminaren

Veranstalter: (Angabe erforderlich, soweit nicht identisch mit einer bereits genannten Aus- / Weiterbildungsstätte)

.....
.....

Anzahl Theoriestunden:

.....

Angaben zu kasuistisch-technischen Seminaren

Stundenzahl (Doppelstunden):

Angaben zur Selbsterfahrung

von: bis:

Selbsterfahrungsleiter:in Vor- und Nachname*	Fachgesellschaft von Selbsterfahrungsleiter:in*	Anzahl Stunden	Einzelsitzungen (ES)	Gruppensitzungen (GS)

Stundenanzahl gesamt:

(Bitte Name Selbsterfahrungsleiter:in und Zugehörigkeit zu Fachgesellschaften {DGPT, DGAP, DGIP, DPG, DPV} eintragen)

Angaben zur Supervision/Kontrollanalyse

von: bis:

Supervisor:in/Kontrollanalytiker:in Vor- und Nachname*	Fachgesellschaft von Lehranalytiker:in*	Anzahl Stunden	Einzelsitzungen (ES)	Gruppensitzungen (GS)

Stundenanzahl gesamt:.....

**(Bitte Vor- und Nachname von Supervisor:in/ Kontrollanalytiker:in und Zugehörigkeit zu Fachgesellschaften {DGPT, DGAP, DGIP, DPG, DPV} eintragen)*

Angaben zu Behandlungsfällen (Bitte Aufstellung beifügen, Diagnose nicht erforderlich)

Behandlungsstunden gesamt:

Supervidierte Fälle gesamt:

davon abgeschlossene Therapien mit mind. 60 Std.:.....

Angaben zum Abschluss-Kolloquium/ zur Abschlussprüfung mit Darstellung und mündlicher Diskussion einer kontinuierlich supervidierten Langzeitbehandlung

(Bitte unbeglaubigte Kopie des Zeugnisses beifügen)

Abschlussprüfung am:

Bestätigung der Angaben zur Weiterbildung und der dienstlichen Unabhängigkeit zum/zur Selbsterfahrungsleiter:in durch den/die Leiter:in der Aus- und Weiterbildungsstätte.

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift Leiter:in Aus-/Weiterbildungsstätte¹

¹ Als rechtsverbindliche Unterschrift anerkannt wird eine eingescannte Unterschrift, die digital eingefügt wird, oder eine händische Unterschrift auf dem ausgefüllten Antrag. Dieser kann dann eingescannt per E-Mail oder per Post an die DGPT übersandt werden.

IV. Mitgliedschaft in einem von der DGPT anerkannten Institut☐ ja ☐ nein*Wenn ja, dann bitte Folgendes beantworten:***Name des Institutes:****Mitglied seit:****Form der Mitgliedschaft:**ordentlich ☐ außerordentlich ☐ affiliert/assoziiert ☐ Gast ☐**V. Aktueller Status der beruflichen Tätigkeit**

- ☐ selbständig
- ☐ angestellt
- ☐ Hochschullehrer:in
- ☐ Neuniederlassung (in den letzten 3 Jahren): MM/JJJJ

Datenschutzinformation

Die in diesem Antrag erhobenen Daten werden von der DGPT ausschließlich im Rahmen der Mitgliederbetreuung gespeichert und verarbeitet. Rechtsgrundlage der Verarbeitung ist Artikel 6 Absatz 1 der DS-GVO. Mehr dazu finden Sie auf unserer Webseite unter: <https://dgpt.de/datenschutz>

Ort, Datum_____
Unterschrift Antragsteller:in¹**Dem Aufnahmeantrag sind folgende Unterlagen beizufügen:**

- ☐ **Aufstellung der Behandlungsfälle**
- ☐ **unbeglaubigte Kopie Abschlusszeugnisses**
- ausgefülltes und unterzeichnetes¹ Formular zur Einzugsermächtigung**

¹ Als rechtsverbindliche Unterschrift anerkannt wird eine eingescannte Unterschrift, die digital eingefügt wird, oder eine händische Unterschrift auf dem ausgefüllten Antrag. Dieser kann dann eingescannt per E-Mail oder per Post an die DGPT übersandt werden.

Übersicht DGPT-Mitgliedsbeiträge

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

1. Reguläre Mitgliedsbeiträge

Art der Mitgliedschaft	Jahresbeitrag
Ordentliche Mitgliedschaft	€ 490
Affilierte Mitgliedschaft	€ 240
Außerordentliche Mitgliedschaft nach Zwischenprüfung	€ 87,50
Außerordentliche Mitgliedschaft vor Zwischenprüfung	beitragsfrei bis zum erfolgreichen Abschluss des Vorkolloquiums/ der Zwischenprüfung

2. Ermäßigte Mitgliedsbeiträge

Grund der Reduzierung	Jahresbeitrag
Nach Vollendung des 68. Lebensjahrs bzw. zu einem früheren Zeitpunkt ab dem 65. Lebensjahr bei vollständiger Beendigung der Berufstätigkeit	€ 87,50
Wohnsitz im Ausland	€ 240,00
Mitglieder, die ausschließlich als Arbeitnehmer und nicht zusätzlich als Psychotherapeut in freier Niederlassung (GKV und/oder Privat) tätig sind	€ 240,00
Neu-Niedergelassene (ordentliche/affilierte Mitglieder) im 1. Jahr	€ 87,50
Neu-Niedergelassene (ordentliche Mitglieder) im 2. Jahr	€ 240,00
Neu-Niedergelassene (affilierte Mitglieder) im 2. Jahr	€ 120,00
Elternzeit (max. 3 Jahre)	€ 87,50

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

Stand: 12/2024

Absender/Stempel

Zurück an:

DGPT - 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 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 10. Januar eines jeden Jahres** von nachstehendem Konto einzuziehen:

Kontoinhaber:
Name und Sitz des Geldinstitutes:
IBAN:
BIC:

.....
Stempel / Unterschrift

.....
Ort/Datum