

## Antrag auf 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 in Deutschland bzw. Aus-/Weiterbildung im Ausland**

*(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-/Weiterbildungsstätte<sup>1</sup>

<sup>1</sup> 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-/Weiterbildungsstätte<sup>1</sup>

<sup>1</sup> 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:in<sup>1</sup>

Dem Aufnahmeantrag sind folgende Unterlagen beizufügen:

- Aufstellung der Behandlungsfälle**
- unbeglaubigte Kopie Abschlusszeugnisses**
- ausgefülltes und unterzeichnetes<sup>1</sup> Formular zur Einzugsermächtigung**
- zwei zustimmende Voten von ordentlichen DGPT-Mitgliedern zur Aufnahme**

<sup>1</sup> 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

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 nach der Beitragsregelung der DGPT geltende **Beitrag für Mitglieder ist zum 01. Januar eines jeden Jahres** von nachstehendem Konto einzuziehen:

Kontoinhaber:

bei Geldinstitut:

in:

IBAN:

BIC:

.....  
Stempel / Unterschrift

.....  
Ort / Datum