

Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung
– FWA, z.Hd. Margret Hauch –
Institut für Sexualforschung und forensische Psychiatrie
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52
20249 Hamburg

Betr.: Aufnahme in die TherapeutInnenliste der DGfS

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich die Aufnahme meiner Daten in die TherapeutInnenliste der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung.

Art meiner sexualtherapeutischen Qualifikation:

- Erfolgreiche Teilnahme am Curriculum II in _____.
Eine Kopie meines Zertifikats habe ich beigelegt.
- Individueller Nachweis äquivalenter Fort- und Weiterbildung.
Entsprechende Qualifikationsnachweise habe ich beigelegt und beantrage die Anerkennung durch den Fort- und Weiterbildungsausschuss der DGfS.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten elektronisch gespeichert und im Internet veröffentlicht werden¹. Angaben zu meiner Person mache ich umseitig.

Ort, Datum

Unterschrift

¹ Bitte achten Sie darauf, tatsächlich nur Daten (Adressen, Telefonnummern, E-Mail-Accounts) anzugeben, die zur Veröffentlichung bestimmt sind.

Titel	Vorname	Name		
Dienstadresse: Strasse	PLZ	Ort	Land	Bundesland
Telefon	Telefax		Mobiltelefon	
Homepage			E-Mail	
Arbeitsstelle			Besondere Angebote	
Arbeitsschwerpunkt			Freie Bemerkungen	
Arbeitssetting (z.B. Klinik, Beratungsstelle, eigene Praxis...)			Kassenzulassung (alle Kassen, Privatkassen, Selbstzahler, .	
Arzt/Ärztin	Facharztausbildung (ja, nein, entfällt)		Dipl.-Psych.	Approbation nach PTG (ja, nein, entfällt)
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
Psychotherapeutische Grundausbildung			Sonstige psychotherapeutische Ausbildung	
<input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie <input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch orientiert <input type="checkbox"/> Psychoanalyse <input type="checkbox"/> andere				
			Curriculum II absolviert in	
Therapeutisches Angebot			Spezifikation des therapeutischen Angebots	
<input type="checkbox"/> Sexuelle Funktionsstörungen (Männer) <input type="checkbox"/> Sexuelle Funktionsstörungen (Frauen) <input type="checkbox"/> Perversionen/Paraphilien <input type="checkbox"/> Sexualdelinquenz mit Behandlungsauflagen <input type="checkbox"/> Sexualdelinquenz ohne Behandlungsauflagen <input type="checkbox"/> Geschlechtsidentitätsstörungen <input type="checkbox"/> Folgen sexueller Traumatisierung <input type="checkbox"/> Intersexualität <input type="checkbox"/> Sexualmedizinische Diagnostik und Behandlung (somatisch) <input type="checkbox"/> Eheberatung / Paarberatung <input type="checkbox"/> Sonstiges				
			Therapiesetting	
			<input type="checkbox"/> Einzeltherapie <input type="checkbox"/> Paartherapie <input type="checkbox"/> Paartherapie nach Hamburger Modell <input type="checkbox"/> Familientherapie <input type="checkbox"/> Gruppentherapie <input type="checkbox"/> für Männer <input type="checkbox"/> für Frauen <input type="checkbox"/> für Paare	
Gutachten			Altersgruppe	
Glaubwürdigkeit	Sexualdelinquenz	TSG	Erwachsene	Kinder und Jugendliche
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fremdsprachen				
Arabisch	Englisch	Französisch	Italienisch	Russisch
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spanisch	Türkisch	Sonstige		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		