

Antrag auf Anerkennung als DozentIn DGfS und Aufnahme in die DozentInnenliste

Vorname:**Nachname:****Privatanschrift:****Dienstanschrift**

Institution:

Straße, Hausnr.:

PLZ, Ort:

Geburtsdatum*:**Geburtsort*:****Akademischer Grad:** Dipl.-Psych. / M.Sc. Dr.phil. Arzt/Ärztin Dr.rer.nat. Dipl.-Soz.-Päd. Dr.med. andere: andere:**Telefon:****Fax:****Mobil:****E-Mail:****Homepage:****Arbeitsstelle:**

bitte auswählen;

andere:

Kassenzulassung: bitte auswählen**Arzt / Ärztin:** nein ja

Facharztausbildung in:

Dipl.-Psych. / M.Sc.: nein ja

Approbation nach PTG:

 nein ja entfällt**Andere:****Psychotherapeutische Grundausbildung:** bitte auswählen; andere:**Weitere psychotherapeutische Ausbildungen:****Qualifikation nach den Kriterien der DGfS:** **Curriculum II:** Region: bitte auswählen, Jahr: bitte auswählenoder **Individueller Leistungsnachweis im Jahr:**

* Diese Daten werden für die Ausstellung des Zertifikates gebraucht

**Erfahrungen bei der Behandlung sexueller Störungen**

- Sexuelle Funktionsstörungen
- Perversionen/Paraphilien
- Sexualdelinquenz

- Geschlechtsidentitätsstörungen
- Folgen sexueller Traumatisierung
- Intersexualität
- Bisher keine Erfahrungen in der Behandlung sexueller Störungen

Gegenwärtiger Tätigkeitsbereich:**Beschreibung bisheriger Beratungs- und Therapieerfahrungen:****Spezifische Qualifikationen zum Thema Sexualität:**

Anleitung von Seminaren und Workshops (bitte Ankündigungen/Programme beilegen):

Vorträge / Publikationen (ggf Publikationsliste beilegen):

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte füllen Sie diesen Antrag am Computer aus, unterschreiben und verschicken ihn zusammen mit den Nachweisen / Belegen per Post an:

✉ **Dr. med. Annette Schwarte**
Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin
Sprecherin des Fort- und Weiterbildungsausschusses
c/o Praxis für Sexualtherapie und Psychotherapie
Leonhardstrasse 23
52064 Aachen

Bitte senden Sie auch ein ausgefülltes Formular per Mail im Anhang an:
mail@praxis-sexualtherapie-aachen.de