

Antrag auf Anerkennung als SupervisorIn DGfS und Aufnahme in die SupervisorInnenliste

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

Institution:

Straße, Hausnr.:

PLZ, Ort:

Geburtsdatum*:**Geburtsort:*****Akademischer Grad:** Dipl.-Psych. / M.Sc. Dr.phil. Arzt/Ärztin Dipl.-Soz.-Päd. andere: Dr.rer.nat. Dr.med. 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:****Qualifikation als SupervisorIn:**

Akkreditierung durch : bitte auswählen ; andere:

Erfahrung in der Anleitung von Supervisionsgruppen resp. Einzelsupervision
(bitte das Spektrum Ihrer supervisorischen Tätigkeit ggf exemplarisch skizzieren):

Ort, Datum

Bitte füllen Sie diesen Antrag am Computer aus und mailen ihn an:
mail@praxis-sexualtherapie-aachen.de

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