

## Aktualisierung der SupervisorInnenliste

**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 auswählen

oder

**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](mailto:mail@praxis-sexualtherapie-aachen.de)

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