

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

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