

**Antrag auf Änderung von Daten in der TherapeutInnenliste der DGfS**

Bitte füllen Sie nur die zu verändernden Datenfelder aus.

**Vorname:**  **Nachname:** **Dienstanschrift**Arbeitsstelle/Institution: Straße, Hausnr.: PLZ, Ort: **Akademischer Grad:**
 Dipl.-Psych. / M.Sc.     Arzt/Ärztin     Dipl.-Soz.-Päd.    andere:  
 Dr. phil.     Dr. rer. nat.     Dr. med.    andere:
**Telefon:**  **Fax:** **Mobil:**  **E-Mail:** **Homepage:** **Dipl.-Psych./M.Sc.:**  ja  nein;    Approbation nach PTG:  ja  nein  entfällt**Arzt / Ärztin:**  ja  nein    Facharztausbildung:  ja  nein  entfällt;  
wenn ja, welche?: **Andere:** **Kassenzulassung:** alle Kassen     Privatkassen/Beihilfe     SelbstzahlerInnen**Psychotherapeutische Grundausbildung:**
 Verhaltenstherapie     tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie  
 Psychoanalyse     systemische Therapie  
 klientenzentrierte Psychotherapie     andere:
**Weitere psychotherapeutische Ausbildungen:** **Curriculum II:** Region: , Jahr: *oder***Individueller Leistungsnachweis :** , wenn ja, in welchem Jahr: **Therapeutisches Angebot:**
 Sexuelle Funktionsstörungen (Männer)  
 Sexuelle Funktionsstörungen (Frauen)  
 Perversionen/Paraphilien  
 Sexualdelinquenz mit Behandlungsauflagen  
 Sexualdelinquenz ohne Behandlungsauflagen  
 Geschlechtsidentitätsstörungen

- Folgen sexueller Traumatisierung  
 Intersexualität

- Sexualmedizinische Diagnostik und Behandlung (somatisch)  
 Eheberatung/Paarberatung  
 Sonstiges:

**Therapiesetting:**

- Einzeltherapie  
 Paartherapie  
 Paartherapie nach Hamburger Modell  
 Systemische Sexualtherapie  
 Familientherapie  
 Gruppentherapie  
 für Männer  für Frauen  für Paare

**Altersgruppe:**

- Kinder und Jugendliche  Erwachsene

**Gutachten:**

- Glaubwürdigkeit  Sexualdelinquenz  TSG

**Fremdsprache(n):**

- Arabisch  Englisch  Französisch  Italienisch  Russisch  Spanisch  
 Türkisch  Andere:

**Besondere Angebote:****Freie Bemerkungen:**

Datum:

Unterschrift:

Bitte füllen Sie diesen Antrag am Computer aus, schicken ihn per Post oder mailen ihn im Anhang zurück an:

✉ Dr. Jörg Signerski-Krieger  
[joerg.signerski@med.uni-goettingen.de](mailto:joerg.signerski@med.uni-goettingen.de)  
Ambulanz für Sexualmedizin und Sexualtherapie  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Von Siebold Str.5  
37099 Göttingen