

Antrag auf Aufnahme in die TherapeutInnenliste der DGfS

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: bitte auswählen, andere: ;Jahr:bitte auswählen

oder

Individueller Leistungsnachweis : bitte auswählen,

wenn ja: in welchem Jahr: ,

wenn nein: Qualifikationsunterlagen im Anhang

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/Partnerberatung
- 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, unterschreiben und verschicken ihn per Post (inklusive einer Kopie Ihres C II – Zertifikates) an:

✉ **Dr. Jörg Signerski-Krieger**
Ambulanz für Sexualmedizin und Sexualtherapie
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Von Siebold Str.5
37099 Göttingen

Bitte senden Sie auch ein ausgefülltes Formular im Anhang an: joerg.signerski@med.uni-goettingen.de