

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: , 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, 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