



Anmeldung PSI-KJ Curriculum Start Herbst 22

Name: _____ Vorname: _____ Titel: _____

geb. am: _____ in: _____ Staatsbürgerschaft: _____

Wohnadresse:

PLZ: _____ Wohnort: _____

Straße: _____ Telefon: _____

Mobil-Telefon: _____

E-Mail Adresse: _____

Studium / Studienrichtung: _____ abgeschlossen: ja nein

Berufsausbildung: _____ abgeschlossen: ja nein

Berufstätigkeit: _____

Für PsychotherapeutInnen

Drzt. in Ausbildung unter Supervision? nein ja Datum des Erlangens des Status: _____

In die PsychotherapeutInnenliste eingetragen? nein ja mit der Nr: _____ Datum: _____

Psychoth. Fachrichtung(en): _____

Für ÄrztInnen

Facharzt abgeschlossen: nein ja Datum Abschluss: _____

Datum Beginn Facharzt: _____ an welcher Klinik? _____

Die Platzzusage erfolgt nach einem Aufnahmegespräch. Datum: _____