



Erklärung zur Mitarbeit im Aus- und Weiterbildungsangebot Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Name: _____ Vorname: _____

Arbeitgeber: _____

Tel.: _____ Fax: _____ eMail: _____ @
(dienstlich) mit Vorwahl (dienstlich) mit Vorwahl

Psychotherapeutische Ausbildungen

_____ abgeschlossen ⑧ wann: _____
_____ noch laufend ⑧ bis: _____
Ausbildungsinstitut/Gesellschaft _____

_____ abgeschlossen ⑧ wann: _____
_____ noch laufend ⑧ bis: _____
Ausbildungsinstitut/Gesellschaft _____

Andere Qualifikationen

_____ abgeschlossen ⑧ wann: _____
_____ noch laufend ⑧ bis: _____
Wo erworben? _____

Ich besitze eine Approbation als
Ärztliche/r Psychotherapeut/in ⑧
Psychologische/r Psychotherapeut/in ⑧
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in ⑧

Anerkennung im Rahmen der Psychotherapierichtlinien
für Psychoanalyse/Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ⑧ für Verhaltenstherapie ⑧
für Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie ⑧ + Abrechnungserweiterung
KiJuTherapie
als Supervisor/in für PA/TFPT ⑧ als Supervisor/in für VT ⑧

Hiermit erkläre ich meine Bereitschaft
als Dozent/in ⑧
als Supervisor/in ⑧
als Selbsterfahrungsleiter/in ⑧
regelmäßig im Rahmen des Curriculums zur Aus- und Weiterbildung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie und Psychotherapie am Institut für Psychologische Therapie e.V. Leipzig (IPT) in den folgenden nebenstehenden Fachbereichen mitzuarbeiten. (Bitte ankreuzen)

- ⑧ Grundlagen der Psychotherapie
- ⑧ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
- ⑧ Verhaltenstherapie

_____ Ort und Datum _____ Unterschrift