

An den
Berufsverband Akademischer PsychotherapeutInnen e.V.
Geschäftsstelle
Kasparstraße 20-22
50670 Köln

Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Berufsverband Akademischer PsychotherapeutInnen e.V.
(BAPt e.V.).

Name, Vorname

Anschrift, PLZ und Ort

Zusatz zur Anschrift

Geburtsort/Datum

Telefon/Fax

Website/E-Mail

Angaben zur akademischen Ausbildung (bitte Nachweise in Kopie beifügen)

Studium

Uni/FH

Akademischer Grad

Angaben zur Berufsausbildung (bitte Nachweise in Kopie beifügen)

Beruf

Abschluss

Wie sind Sie heilkundlich tätig? (bitte Nachweise in Kopie beifügen)

nach HeilprG Heilpraktiker_in oder Heilpraktiker_in (Psychotherapie)

Approbation Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeut_in

Psychologische(r) Psychotherapeut_in

ärztliche(r) Psychotherapeut_in

Besitzen Sie das Europäische Zertifikat für Psychotherapie? (bitte Kopie beifügen) ja nein

Angaben zur psychotherapeutischen Ausbildung (bitte Nachweise in Kopie beifügen)

| Verfahren | Zeitraum von - bis | Ausbildungsinstitut |
|-----------|--------------------|---------------------|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |

| Gesamtstunden | Supervision in Ausbildung | Selbsterfahrung in Ausbildung |
|---------------|---------------------------|-------------------------------|
| 1 | | Einzel Gruppe |
| 2 | | Einzel Gruppe |
| 3 | | Einzel Gruppe |

Supervision (bitte fügen Sie Nachweise der letzten zwei Jahre bei)

| Verfahren | Zeitraum von - bis | Gesamtstunden |
|-----------|--------------------|---------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Fort- und Weiterbildungen (bitte Nachweise der letzten zwei Jahre in Kopie beifügen)

| Verfahren | Ausbildungsinstitut | Gesamtstunden |
|-----------|---------------------|---------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Berufsstatus

Arbeiten Sie derzeit oder haben Sie psychotherapeutisch in einer Institution gearbeitet? ja nein

| Institution | Zeitraum von - bis | Tätigkeit |
|-------------|--------------------|-----------|
| | | |
| | | |
| | | |

Arbeiten sie derzeit oder haben Sie psychotherapeutisch in eigener Praxis gearbeitet? ja nein

| Praxisbezeichnung | Zeitraum von - bis | Schwerpunkt |
|-------------------|--------------------|-------------|
| | | |
| | | |
| | | |

Veröffentlichung von Daten

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass meine persönlichen Daten in die BAPt-Mitgliederliste aufgenommen werden. Die erhobenen Daten werden lediglich zu internen Zwecken gespeichert. Die Daten werden weder weitergegeben, noch zu Werbezwecken genutzt.

Bitte nehmen Sie meine E-Mailadresse in die verbandsinterne Mailingliste auf.

Es besteht die Möglichkeit in die vom BAPt betriebene Therapeutensuchmaschine aufgenommen zu werden. Hierzu ist jedoch eine gesonderte Anfrage erforderlich.

Ort, Datum Unterschrift

Anerkennung der Aufnahmebedingungen, Ethikrichtlinien und der Satzung des BAPt e.V.

Hiermit bestätige ich, die Aufnahmebedingungen, die Satzung sowie die Ethikrichtlinien des Berufsverbandes erhalten zu haben und erkenne diese verpflichtend an.

Ferner bestätige ich, dass ich bisher aus keinem andern Berufsverband -aufgrund eines Verstoßes gegen die Ethikrichtlinien- ausgeschlossen wurde.

Ort, Datum Unterschrift

Wie sind Sie auf den Berufsverband Akademischer PsychotherapeutInnen aufmerksam geworden?

Internet Flyer kooperierender Verband sonstiges

geworben durch folgendes Mitglied