

**Anmeldung zur Ausbildung zum / zur  
IFA-Gruppen-Leiter/-in\*  
des Verbandes für Integrative Verhaltenstherapie (VIVT)**

**für zertifizierte  
Balintgruppenleiter/in\*  
der Deutschen Balint-Gesellschaft (DBG)**

**(Doppelbefugnis der DBG und VIVT)**

Als Vorstände der DBG und VIVT freuen wir uns über Ihr Interesse an einer Ausbildung zum/r Balint-Gruppenleiter/in\*.

Zur besseren Übersicht, ob Sie die gewünschten Voraussetzungen erfüllen, bitten wir Sie, den Anmeldebogen auszufüllen und an die Geschäftsstelle zurückzusenden sowie Kopien Ihrer bisherigen Qualifikationen beizulegen.

Mit freundlichen Grüßen  
Für die Vorstände der DGB und VIVT:  
Dr. med. Almut Nagel-Brotzler

Name Antragsteller/in\*:

---

Geb.:

---

Anschrift:

---

Telefon:

Fax:

E-Mail:

---

\*nachfolgend werden wir zur besseren Lesbarkeit auf die gendergerechte Bezeichnung verzichten. Gemeint sind aber immer Ärztinnen / Psychotherapeutinnen und Ärzte / Psychotherapeuten, auch wenn nur die männliche Berufsbezeichnung verwendet wurde.

**Bitte legen Sie ein aktuelles Foto von sich, Kopien Ihrer Qualifizierungen sowie die Teilnahmebescheinigungen. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**



Mitglied der INTERNATIONAL BALINT FEDERATION (IBF)



Verband für Integrative Verhaltenstherapie e. V.

1. **Mitgliedschaft in der**
- a) **Deutschen Balint-Gesellschaft**  ja, Datum: \_\_\_\_\_  nein
- b) **Verband für Integrative Verhaltenstherapie**  ja, Datum: \_\_\_\_\_  nein

Die Mitgliedschaft in mindestens einer Fachgesellschaft ist verpflichtend.

2. **a) Abschluss der ärztlichen Weiterbildung als:**
- Facharzt für \_\_\_\_\_ mit  
Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“  ja, Jahr: \_\_\_\_\_  nein  
und/oder Zusatzbezeichnung „Psychoanalyse“  ja, Jahr \_\_\_\_\_  nein  
und/oder Zusatzbezeichnung „syst. Therapie“  ja, Jahr \_\_\_\_\_  nein  
und/oder Zusatzbezeichnung „Verhaltenstherapie“  ja, Jahr \_\_\_\_\_  nein
- und/oder Facharzt für Psychotherapeutische/  
Psychosomatische Medizin  ja, Jahr: \_\_\_\_\_  nein  
und/oder Facharzt für Psychiatrie/Psychotherapie  ja, Jahr: \_\_\_\_\_  nein  
und/oder Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
und Psychotherapie  ja, Jahr: \_\_\_\_\_  nein

**b) Approbierter (psychologischer) Psychotherapeut\* und/oder Kinder-und Jugendlichen-Psychotherapeut\* mit abgeschlossener Weiterbildung und Nachweis einer oder mehrerer der folgenden Qualifikationen**

- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie  ja, Jahr: \_\_\_\_\_  nein
- Psychoanalyse  ja, Jahr \_\_\_\_\_  nein
- Systemische Therapie  ja, Jahr \_\_\_\_\_  nein
- Verhaltenstherapie  ja, Jahr: \_\_\_\_\_  nein

**3. Wann und bei welcher Fachgesellschaft haben Sie Ihre Balintgruppen-Leiter-Ausbildung abgeschlossen?**

\_\_\_\_\_

Haben Sie Fragen oder Kommentare?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift

Stand: 07.01.2024

Verfasst durch M. Masurowski und A. Nagel-Brotzler, 2023, überarbeitet 2024