



**Ausbildung zum / zur
Balintgruppenleiter/in*
der Deutschen Balint-Gesellschaft (DBG)
und
IFA-Leiter/-in*
des Verbandes für Integrative Verhaltenstherapie (VIVT)
(Doppelbefugnis der DBG und VIVT)**

- Anmeldung zur Ausbildung Doppelbefugnis Balintgruppenleiter* und IFA-Gruppenleiter***
- Ummeldung BGL-Ausbildung -> Doppelbefugnis**
- Ummeldung IFA-Gruppenleiter*-Ausbildung -> Doppelbefugnis**

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!



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 haben Sie Ihre psychotherapeutische Weiterbildung abgeschlossen?

4. An wieviel Doppelstunden Balint- und/oder IFA-Gruppe haben Sie bereits teilgenommen?

Haben Sie Fragen oder Kommentare?

Ort, Datum

Unterschrift