

**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