



Bundesverband Psychoanalytische
Paar- und Familientherapie e.V.
(BvPPF)

c/o Dr. med. J. Walter
Kinderkrankenhaus Wilhelmstift
Lilienconstr. 130
22149 Hamburg

Antrag auf Mitgliedschaft im BvPPF

Hiermit möchte ich die ordentliche / vorläufige / affilierte (bitte nicht zutreffendes streichen)
Mitgliedschaft im Bundesverband Psychoanalytische Paar- und Familientherapie e.V. (BvPPF) beantragen

Name	Vorname	akad. Grad
Straße	PLZ	Wohnort
Telefon	Fax	e-mail
Ort, Datum	Unterschrift	

Der Jahresbeitrag beträgt bei ordentlicher oder affiliierter Mitgliedschaft € 75 und bei vorläufiger
Mitgliedschaft für Ausbildungskandidaten 50 € (darin enthalten das Jahres-Abonnement der Zeitschrift
„Psychoanalytische Familientherapie“.)

Angaben zu meiner Psychotherapeutischen Weiterbildung und Erfahrung in psychoanalytischer Paar- und Familientherapie:

Mein Grundberuf ist (Mehrfachnennungen möglich):

Ich habe eine Weiterbildung in psychoanalytischer Paar- und Familientherapie abgeschlossen
Ja/Nein Wenn ja, wann: (bitte nachweis in Fotokopie)

Ich befinde mich einer dieser Weiterbildungen
Ja/Nein Wenn ja, seit wann: (Bitte Nachweis des Instituts)

Ich habe eine psychoanalytische Weiterbildung abgeschlossen
Institut: Wann abgeschlossen
(bitte Nachweis in Fotokopie)

Ich habe eine psychotherapeutische Weiterbildung absolviert
Institut: Methode Wann abgeschlossen
(bitte Nachweis in Fotokopie)

Ich habe eine Weiterbildung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie absolviert:
Institut: Methode Wann abgeschlossen
(bitte Nachweis in Fotokopie)

Ich befinde mich in psychoanalytischer / psychotherapeutischer Weiterbildung (Bitte nicht zutreffendes streichen)
Institut Seit wann
(bitte Nachweis des Instituts)

Ich habe andere Fort- und Weiterbildungsgänge absolviert
Welche, in welchem Zeitraum
(bei Platzmangel auf einem extra Blatt aufführen)

Ich bin Facharzt / Fachärztin für:

Ich habe eine Kassenzulassung Ja/Nein
Wenn ja, seit wann:

Meine praktischen Erfahrungen in der psychoanalytischen Therapie / Beratung von Paaren und Familien:

Ich habe bisher Paare / Familien beraten

Ich habe bisher Paare / Familien in längerfristigen Therapien behandelt

Ort, Datum _____ Unterschrift _____