

# Anmeldebogen für die Weiterbildung „SCID-5-AMPD“

Titel: \_\_\_\_\_

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-Mailadresse: \_\_\_\_\_

Rechnungsadresse: \_\_\_\_\_

Sind Sie bereits approbiert?

☐ Ja

☐ Nein\*

\*Falls nein, wie weit sind Sie in Ihrer Ausbildung?

---

In welchem Richtlinienverfahren haben Sie Ihre Ausbildung absolviert bzw. in welchem Richtlinienverfahren absolvieren Sie aktuell Ihre Ausbildung?

☐ Analytische Psychotherapie

☐ Tiefenpsychologie

☐ Verhaltenstherapie

☐ Systemische Therapie

Sie sind:

☐ Psychologische\*r Psychotherapeut\*in

☐ Ärztliche\*r Psychotherapeut\*in

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

