



## DVP-Mitgliedsantrag

- Hiermit beantrage ich die ordentliche Mitgliedschaft
- Hiermit beantrage ich die Fördermitgliedschaft
- Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft als Studierende\*r

Name, Vorname .....

Anschrift, PLZ und Ort .....

Zusatz zur Anschrift .....

Geburtsort/Datum .....

Telefon/Fax .....

Website/eMail .....

falls vorhanden

Praxisadresse .....

.....

### Angaben zur akademischen Ausbildung (bitte Nachweise in Kopie beifügen)

Studium .....

Uni/FH .....

Akademischer Grad .....

### Angaben zur Berufsausbildung (bitte Nachweise in Kopie beifügen)

Beruf .....

Abschluss .....

Sind Sie Mitglied in einem anderen psychotherapeutischen Verband?

ja  nein wenn ja, in welchem? .....



**Wie sind Sie heilkundlich tätig?** (bitte Nachweise in Kopie beifügen)

nach HeilprG  Heilpraktiker\*in oder  Heilpraktiker\*in (Psychotherapie)

Approbation  Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeut\*in

Psychologische(r) Psychotherapeut\*in

ärztliche(r) Psychotherapeut\*in

**Besitzen Sie das Europäische Zertifikat für Psychotherapie?**  ja  nein

(bitte Kopie oder die ECP-Holder Nummer beifügen)

Sind Sie aktuell in Ausbildung nach dem Psychotherapeutengesetz oder an einem von der EAP akkreditierten Institut?  ja (bitte Nachweis in Kopie beifügen)  nein

Nachfolgend bitten wir Sie um den Nachweis der zur Aufnahme in den DVP erforderlichen Voraussetzungen. Insgesamt 3200 Stunden Ausbildung, die sich über mindestens sieben Jahre erstreckt. Die ersten drei Jahre sind davon äquivalent einer Universitätsausbildung oder Vergleichbarem. Das anschließende Psychotherapietraining beinhaltet folgendes:  
(bitte Nachweise in Kopie beifügen)

mind. 500 Stunden Psychotherapie- Theorie:

.....

mind. 250 Stunden Selbsterfahrung (Details s. DVP-Webseite):

.....

mind. 300 Stunden Psychotherapie mit eigenen Klienten:

.....

mind. 150 Stunden Supervision:

.....

Praktikum/ Arbeitserfahrung in einer Einrichtung zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen/Problemen (--> insgesamt mindestens 1400 Stunden Psychotherapietraining)

.....

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift, ggf Praxisstempel