

Bitte füllen Sie den Antrag vollständig und gut lesbar aus und senden diesen per E-Mail an [bolkwpie@web.de](mailto:bolkwpie@web.de).



Universitätsklinikum – Medizinische Fakultät der Humboldt-Universität zu Berlin  
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Geschäftsführender Direktor: Prof. Dr. med. A. Heinz

## – BERLINER MODELL –

### Gemeinsame Psychotherapie-Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie / Bereichsbezeichnung Psychotherapie

Koordination und Auskunft: Dr. med. André Kwalek

#### Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité Abteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie:

Alexianer Krankenhaus Hedwigshöhe · Bundeswehrkrankenhaus · Hartmut-Spittler-Fachklinik im Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum ·  
Havellandklinik Nauen · Immanuel Klinik Rüdersdorf · Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk · Martin Gropius Krankenhaus Eberswalde · Carl-Thiem-Klinikum  
Cottbus · Krankenhaus des Maßregelvollzugs (KMV) · Krankenhaus Angermünde · Oberberg Fachklinik Wendisch Rietz · Park-Klinik Sophie Charlotte ·  
St. Hedwig-Krankenhaus · St. Joseph-Krankenhaus Weißensee · Schlosspark-Klinik · Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum · Vivantes Klinikum Kaulsdorf ·  
Vivantes Klinikum Neukölln · Vivantes Wenckeback-Klinikum

#### Weiterbildungspraxen:

Praxis Dr. med. H. Dorn · Praxis Dr. med. T. Falck · Praxis A. Karathanasopoulos

- Fachärztin/-arzt für Psychiatrie und Psychotherapie**
- Bereichsbezeichnung Psychotherapie**

#### Persönliche Angaben der/des Weiterbildungsteilnehmerin/Weiterbildungsteilnehmers:

Nachname: ..... Vorname: ..... Titel: .....

Beruf: .....

Anschrift: .....

E-Mail: ..... Telefon / Mobilfunk: .....

Geburtsort: ..... Geburtsdatum: ..... Familienstand: .....

#### Hochschulabschluss (med. Staatsexamen, Promotion) mit Datum; Universität:

.....  
.....

#### Ort und Datum der Approbation:

.....  
.....

#### Bisherige psychiatrische Tätigkeit(en):

.....  
.....

#### Gegenwärtige Tätigkeit, Bezeichnung und Anschrift der Arbeitsstätte:

.....  
.....

Der Weiterbildung liegen die Richtlinien der Ärztekammer Berlin / Ärztekammer Brandenburg zugrunde. Sie sind mir bekannt.

.....  
.....

Ort

Datum

Unterschrift Weiterbildungsteilnehmer:in

Bestätigt:

.....  
Unterschrift der/des zur Weiterbildung Befugten