

Bitte füllen Sie den Antrag **vollständig und gut lesbar** aus und senden diesen per E-Mail an [psychiatrie-charlottenburg@parkkliniken.de](mailto:psychiatrie-charlottenburg@parkkliniken.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  
c/o Schlosspark-Klinik • Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie • Heubnerweg 2 • 14059 Berlin  
Telefon: (0 30) 32 64 27 17 • Telefax: (0 30) 32 64 13 50 • E-Mail: [psychiatrie-charlottenburg@parkkliniken.de](mailto:psychiatrie-charlottenburg@parkkliniken.de)

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

Alexianer Krankenhaus Hedwigshöhe · Alexianer – St. Hedwig-Krankenhaus · Alexianer – St. Joseph-Krankenhaus Berlin Weißensee · Asklepios Fachklinikum Teupitz · Bundeswehrkrankenhaus · Carl-Thiem-Klinikum Cottbus · Drogentherapie-Zentrum Berlin – Fachklinik LAGO · GLG Martin Gropius Krankenhaus Eberswalde · Hartmut-Spittler-Fachklinik im Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum · Havellandklinik Nauen · Immanuel Klinik Rüdersdorf · Johanniter-Krankenhaus Treuenbrietzen · Jüdisches Krankenhaus Berlin · Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk · Krankenhaus des Maßregelvollzugs (KMV) · Oberberg Fachklinik Berlin Brandenburg (Wendisch Rietz) · Schlosspark-Klinik · Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum · Vivantes Klinikum Am Urban · Vivantes Klinikum im Friedrichshain · Vivantes Klinikum Kaulsdorf · Vivantes Klinikum Neukölln · Vivantes Wenckeback-Klinikum

#### Weiterbildungspraxen:

Praxis Dr. med. T. Falck · Praxis A. Karathanasopoulos · Praxis B. Steinbach

- 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