

Bitte füllen Sie den Antrag **vollständig und gut lesbar** aus und senden diesen per E-Mail an psychiatrie-charlottenburg@parkkliniken.de.



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

– BERLINER MODELL –

Gemeinsame Psychotherapie-Weiterbildung

zur/zum Fachärztin/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 • Internet: <http://berliner-modell-tfp.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 · GLG Martin Gropius Krankenhaus Eberswalde · 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 Wenckebach-Klinikum

Weiterbildungspraxen:

Praxis Dr. med. T. Falck · Praxis A. Karathanasopoulos · Praxis B. Steinbach · Praxis Dr. med. T. Eckert · Praxis Dr. med. M. Andriessens · MVZ Nazarethkirchstraße Dr. med. S. Greshake

- 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