

Bitte füllen Sie den Antrag vollständig und gut lesbar aus und senden diesen per E-Mail an schreibkabinett@mail.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 Fachärztin/zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie / Bereichsbezeichnung Psychotherapie

Koordination und Auskunft: Dr. med. André Kwalek

Damaschkestraße 21 • 10711 Berlin

E-Mail: a.kwalek@privatpraxis-halensee.de / schreibkabinett@mail.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 ·
Alexianer St. Gertrauden-Krankenhaus · 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) · 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/Facharzt 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 Ärztekammern Berlin / Brandenburg zugrunde. Sie sind mir bekannt.

Ort

Datum

Unterschrift Weiterbildungsteilnehmer:in

Bestätigt:

Unterschrift der/des zur Weiterbildung Befugten