

Antrag auf Anerkennung der Zusatzbezeichnung „Sozialmedizin“

im Rahmen der Weiterbildungsordnung für Psychologische Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen (WBO PP/KJP) der Psychotherapeutenkammer Hamburg gem. Übergangsvorschriften (§ 21 Abs. 4)

Bitte per Fax an 040 226 226 089 oder per Post senden an:

Psychotherapeutenkammer Hamburg
Weidestr. 122c
22083 Hamburg

Generelle Angaben für die Zuordnung		
Mitgliedsnummer: HH-		
Name, Vorname, Titel:		
Straße, PLZ, Ort:		
Telefon:		
E-Mail:		
Approbation:	<input type="checkbox"/> Psychologische*r Psychotherapeut*in	<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in
Appr.-Datum:		

Folgende Nachweise sind beizufügen:	
A	Unterschriebener tabellarischer Lebenslauf, aus dem die für die Prüfung der Qualifikation relevanten Inhalte, Zeiten und Stationen ersichtlich sind
B	Nachweis über eine mindestens vierjährige Tätigkeit in einer sozialmedizinischen Einrichtung (z. B. Arbeitgeberbescheinigungen, Arbeitszeugnisse, etc.)
C	Nachweise über besondere Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten im sozialmedizinischen Bereich entsprechend der Vorgaben der WBO PP und KJP (Abschnitt B, Sozialmedizin)

Abschluss-Erklärung:

Die Weiterbildungsordnung für Psychologische Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen der Psychotherapeutenkammer Hamburg habe ich zur Kenntnis genommen. Hiermit versichere ich die Richtigkeit meiner Angaben und die Übereinstimmung eingereicherter Kopien mit den entsprechenden Originalen. Mir ist bekannt, dass durch Antrag auf Anerkennung der Zusatzbezeichnung „Sozialmedizin“ Kosten gemäß der Gebührenordnung der Psychotherapeutenkammer Hamburg anfallen. Die Gebühr für diesen Antrag entsteht mit Antragsstellung; damit ist die Gebühr auch zu leisten, wenn der Antrag negativ beschieden oder zurückgenommen wird. Der Gebührenbescheid wird nach Abschluss des Verfahrens verschickt.

Ort, Datum:**Name [Druckbuchstaben] und Unterschrift Antragsteller*in:**