

Zulassungsantrag

Sexuelle Beziehungsthemen in Therapie und Beratung

Bitte digital oder in Blockschrift und gut leserlich ausfüllen.

Ich beantrage die Zulassung zu folgendem Fortbildungslehrgang

Sexuelle Beziehungsthemen in Therapie und Beratung **Beginn** _____

1. Personalien

Name

Vorname

Geburtsdatum

Nationalität

Privatadresse

Telefon P

E-Mail P

Adresse Arbeitsplatz

Telefon G

E-Mail G

2. Aktuelle berufliche Tätigkeiten und Art der Klientel in den Bereichen Beratung und / oder Therapie

3. Berufserfahrung bisher in Beratung / Therapie und Art der Klientel

4. Grundausbildung als PsychotherapeutIn/BeraterIn, mit Ausbildungsinstitution und Stundenzahlen

5. Fortbildungen (ca. Stundenzahl) und Berufserfahrung mit den Themen Sexualität und Partnerschaft

- 6. Haben Sie eine sexuelle Missbrauchsgeschichte oder andere Themen mit Sexualität, die bei der Selbsterfahrung in der Fortbildung belastend werden könnten?**

- 7. Ihre Erwartungen an die Fortbildung**

- 8. Wer waren in den letzten 5 Jahren Ihre TherapeutInnen, AusbilderInnen, SupervisorInnen u.ä.?**

Wir stellen diese Frage, um im Rahmen des Möglichen potenziell problematische Doppelrollen zu vermeiden. Wir halten das besonders bei der Arbeit mit Sexualität für wichtig, da viele Verletzungen auf diesem Gebiet durch Rollenvermischungen entstanden sind. Falls unter den Angemeldeten solche Rollenkombinationen vorkommen, werden wir zur Klärung der Teilnahmemöglichkeit mit beiden Personen in Kontakt treten. Falls es um eine Entscheidung geht, hat die früher angemeldete Person Vorrang.

9. Allgemeine Bestimmungen

Ich bestätige, die „Allgemeinen Bestimmungen (AB) für Lehrgänge und Trainings ab 10 Tagen“ des IBP Instituts gelesen zu haben und mit diesen AB als Teil der Zulassungsbedingungen für den Fortbildungslehrgang „Sexuelle Beziehungsthemen in Therapie und Beratung“ einverstanden zu sein.

Ihre Angaben werden vertraulich behandelt.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, den Zulassungsantrag vollständig und wahrheitsgetreu ausgefüllt zu haben.

Ort und Datum

Unterschrift

So habe ich den ersten Kontakt zu diesem Lehrgang gefunden:

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> IBP Webseite | <input type="checkbox"/> Google-Suche |
| <input type="checkbox"/> Absolvent/in einer IBP Ausbildung | <input type="checkbox"/> Zeitschrift |
| <input type="checkbox"/> Freund/in, Bekannte/r | <input type="checkbox"/> Andere |

Bitte senden Sie den Zulassungsantrag an folgende Adresse:

IBP Institut

Mühlestrasse 10

CH-8400 Winterthur

oder vorzugsweise per E-Mail an info@ibp-institut.ch

Wir freuen uns eine gute Zusammenarbeit mit Ihnen!

Notburga Fischer und Robert Fischer