

Zulassungsantrag CAS Schulenübergreifende Körperpsychotherapie in der Praxis

Beginn: 24. November 2026

1. Personalien

_____ Vorname	_____ Name
_____ Geburtsdatum	_____ Telefon Privat
_____ Akademischer Titel	_____ E-Privat
_____ Privatadresse	

2. Hochschulstudium

Psychologiestudium (Universität oder Fachhochschule)

Medizinstudium

3. Psychotherapeutische Ausbildung (bei ausländischem Abschluss bitte Kopie beiliegen)

Name des Instituts Ort

Psychotherapeutische Richtung

Titel als Psychotherapeut:in Abschlussjahr

4. Gegenwärtige berufliche Tätigkeit(en)

Tätigkeit / Funktion

Firma / Institution Arbeitsumfang %

Tätigkeit / Funktion

Firma / Institution Arbeitsumfang %

5. Kompetenzgewinn

Welchen Kompetenzgewinn erhoffst du dir von der Fortbildung?

6. Newsletter

Ich möchte regelmässig den IBP Newsletter zugesandt bekommen.