



FOTO (bitte hochladen)

Zulassungsantrag Weiterbildung Integrative Körperpsychotherapie IBP für Ärzt:innen

Falls handschriftlich ausgefüllt, bitte in Blockschrift und gut leserlich schreiben.

Ich beantrage die Zulassung zur

Weiterbildung in Integrativer Körperpsychotherapie IBP

Beginn _____

1. Personalien

☐ Frau ☐ Herr ☐ Andere nämlich: _____

Anrede

Name

Vorname

Geburtsdatum

Nationalität

Akademischer Titel

Heimatort inkl. Kanton

Privatadresse

Telefon P

E-Mail P

Adresse Arbeitsplatz

Telefon G

E-Mail G

2. Hochschulstudium (Kopie beilegen)

☐ Psychologiestudium

Universität oder Fachhochschule

Abschlussjahr

☐ abgeschlossen auf Masterstufe

☐ nicht abgeschlossen

Absolvierte Semesterzahl

Fachrichtung, genaue Bezeichnung

☐ Medizinstudium

Universität

Abschlussjahr

☐ abgeschlossen

☐ Spezialarzt

Fachrichtung, genaue Bezeichnung

☐ anderes Studium

Universität

Abschlussjahr

3. Psychotherapeutische Ausbildung (Kopie Abschluss beilegen)

Name des Instituts

Ort

Psychotherapeutische Richtung

Titel als PsychotherapeutIn

Datum Abschluss

4. Welche der folgenden psychologischen/medizinischen Wissensgebiete haben Sie im Rahmen Ihrer Ausbildung studiert? (Bitte nur ankreuzen, wenn Belege vorhanden)

☐ Psychopathologie des Erwachsenenalters (inkl. ICD-10/11)

☐ AMDP-System (Theorie und Anwendung)

5. Weitere Aus- und Weiterbildungen

Name der Ausbildung

Institut

Abschluss / Titel

Abschlussjahr

Name der Ausbildung

Institut

Abschluss / Titel

Abschlussjahr

6. Mitgliedschaft in Fach- oder Berufsverbänden (Kopie beilegen)

Psychologisch / psychotherapeutische Berufsverbände:

☐ FSP ☐ ASP ☐ SBAP ☐ andere: _____

Ärztliche Berufsverbände:

☐ FMH für Psychiatrie und Psychotherapie

☐ FMH andere: _____
Bezeichnung

☐ andere: _____
Bezeichnung

7. Praxisbewilligung (Kopie beilegen)

☐ Ich habe eine Praxisbewilligung als _____

☐ in der CH Kanton _____

☐ im Ausland Land / Ort _____

8. Gegenwärtige berufliche Tätigkeit(en)

Tätigkeit / Funktion

Firma / Institution

Arbeitsumfang %

Tätigkeit / Funktion

Firma / Institution

Arbeitsumfang %

9. Frühere berufliche Tätigkeit(en)

Bitte beschreiben Sie kurz wichtige berufliche Stationen (Funktion / Dauer)

Von / Bis	Firma / Institution	Funktion

10. Selbsterfahrung (Psychotherapie / Körpertherapie / Persönlichkeitsbildung / Workshops u.a.)

Art der Selbsterfahrung	Therapeutin / Kursleitung	Ort	Zeitraum

11. IBP Einführungskurs besucht _____ **Kursleitung** _____
(Monat/Jahr)

12. Persönliche und familiäre Situation

Bitte beschreiben Sie kurz Ihre persönliche / familiäre Beziehungssituation (ledig, verheiratet, Kinder etc.)

13. Zugehörigkeit zu Lebens-, Religions- und anderen Gemeinschaften (spirituell, politisch u.ä.)

14. Persönlicher Werdegang

Bitte beschreiben Sie sich und Ihren persönlichen Werdegang in einem frei formulierten Text anhand folgender Leitfragen (bitte Text als Beilage mitschicken (muss nicht handschriftlich sein)):

- Wer bin ich?
 - Was macht mich aus?
 - Was sind meine persönlichen Qualitäten, Eigenschaften und Fähigkeiten?

- Woher komme ich?
 - Welche wichtigen Stationen und Erfahrungen haben mich geprägt?
 - Welche Wege und Umwege bin ich gegangen?
 - Welche Stolpersteine und Klippen sind mir unterwegs begegnet?
 - Mit welchen Strategien habe ich sie bewältigt?
 - Welche Ressourcen haben mir dabei geholfen?
 - Was habe ich daraus gelernt?
 - Welches sind Schlüsselerlebnisse auf meinem Lebensweg gewesen?

- Wohin will ich?
 - Was möchte ich an meiner Persönlichkeit weiterentwickeln?

15. Motivation für die IBP Weiterbildung

Bitte beschreiben Sie, warum Sie eine IBP Weiterbildung machen möchten. Wie gedenken Sie IBP später anzuwenden? Was sind Ihre persönlichen und beruflichen Ziele, die Sie mit dieser Fortbildung erreichen möchten?

16. Körperlich-seelische Gesundheit

Sind Sie körperlich gesund und normal belastbar?

☐ Ja ☐ Nein

Falls nein, was sind Ihre Beschwerden?

Sind Sie in Ihrer Vorgeschichte körperlich ernsthaft erkrankt oder verunfallt

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, Art der Erkrankung/des Unfalls und Behandlung, Jahr?

Sind Sie psychisch gesund und normal belastbar?

☐ Ja ☐ Nein

Falls nein, was sind Ihre Beschwerden? Allfällige Diagnosen?

Sind Sie in Ihrer Vorgeschichte jemals psychisch erkrankt?

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, Art der Erkrankung, Diagnosen, Behandlung, Jahr?

Erhalten Sie aktuell oder erhielten Sie in der Vergangenheit Kranken- oder Unfalltaggeld oder eine IV-Rente aufgrund einer berufsrelevanten (psychotherapeutische Tätigkeit) Diagnose?

Ja Nein

Falls ja, was und aus welchem Grund? Dauer?

17. Medikamente

Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente
gegen körperliche Beschwerden?
gegen psychische Beschwerden?
Falls ja, welche?

☐ Ja ☐ Nein
☐ Ja ☐ Nein

Nahmen Sie früher jemals Medikamente gegen psychische Beschwerden? ☐ Ja ☐ Nein
Falls ja: Welche und aus welchem Grund? Jahr? Zeitdauer?

18. Leumund

Gab es je eine Strafuntersuchung gegen Sie?
Falls ja, aus welchem Grund und mit welchem Abschluss?

☐ Ja ☐ Nein

19. 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 die Postgraduale Weiterbildung in Integrativer Körperpsychotherapie IBP einverstanden zu sein.

Ihre Angaben werden vertraulich behandelt. Wir verweisen in diesem Zusammenhang auf unsere Datenschutzerklärung (www.ibp-institut.ch/datenschutzerklärung).

Der Zulassungsausschuss entscheidet über die Zulassung.

Für die Überprüfung des Zulassungsantrages, das Durchführen und die Koordination des Zulassungsverfahrens stellen wir Ihnen eine Unkostenbeteiligung von CHF 160.- in Rechnung.

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

Ort und Datum

Unterschrift

Beilagen:

(Bitte nur ankreuzen, wenn Belege vorhanden)

Foto

Text «Persönlicher Werdegang»

Kopie Hochschulabschluss

Nachweis Psychopathologie des Erwachsenenalters (inkl. ICD-10/11)

Kopie Abschluss psychotherapeutische Weiterbildung(en)

Kopie Praxisbewilligung

Kopie Mitgliedschaft Berufsverbände

Nachweis AMDP

Bitte senden Sie den Zulassungsantrag an folgende Adresse:

IBP Institut
Mühlestrasse 10
CH-8400 Winterthur

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