



Mitglieder Datenblatt

(bitte zusammen mit der Anmeldung und einem Foto an die Geschäftsstelle senden)

Name: _____

Vorname: _____

Geb.-Dat.: _____

Privat (nur zum internen Gebrauch)

Anschrift: _____

Tel.-Nr.: _____

Mobil Nr.: _____

Email : _____

Praxis (Informationen, die nicht auf der PsyNet Webseite veröffentlicht werden sollen bitte in Klammern setzen)

Anschrift: _____

Tel.-Nr.: _____

Fax Nr.: _____

Mobil-Nr.: _____

Email: _____

Homepage: _____

Sprechzeiten: _____

Sonstige Praxisangebote: _____

Therapeutische Schwerpunkte: _____

Sprachen: _____

Approbation als: (Bitte die Approbationsurkunde in Kopie beifügen)

Psychologische/r
 Psychotherapeut

Ärztliche/r
 Psychotherapeut

Kinder- u. Jugendlichen
 Psychotherapeut

KV-Zulassung Ja Nein:

Zugelassen für: (KV) / für Privatversicherte oder Selbstzahler wird angeboten (Priv.)

Priv. KV	Priv. KV	Priv. KV	Priv. KV
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Erwachsene	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kinder u. Jugendliche	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gruppen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> VT	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> TP	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hypnose	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Autogenes Training	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> EMDR	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Meditation	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Supervision	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Paartherapie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____

Praxisform

Einzelpraxis

Praxengemeinschaft mit:

Gemeinschaftspraxis mit:

ohne Angestellte

mit Angestellten

Datum:

Unterschrift: