

Hier Ihr Praxisstempel oder Vorname, Nachname, Anschrift

Deutsche Gesellschaft für Sexualmedizin
und Sexualpsychologie e.V. (DGSMP)
Geschäftsstelle
Tzschimmerstraße 30
01309 Dresden

Email: mai@dgsmp.org
Fax Nr: 0351 8975939

Antrag zur Zertifizierung

<input type="checkbox"/> Ich beantrage die Zertifizierung als DGSMP-Member .
<input type="checkbox"/> Ich beantrage die Zertifizierung als DGSMP-Practitioner . Ich erkläre , dass ich mindestens einen 40-stündigen Basiskurs besucht habe und lege entsprechende Nachweise diesem Schreiben bei. Gebühr Erstaussstellung: 29,75 € incl. 19% MwSt - Gültig, solange Mitgliedschaft besteht
<input type="checkbox"/> Ich beantrage die Zertifizierung als DGSMP-Master . Ich erkläre , dass ich einen von der DGSMP akkreditierten mehrjährigen, curricular fundierten (Weiterbildungs-)Kurses (oder vergleichbare Qualifikationen) und psychotherapeutische Basiskompetenzen nachweisen kann. Ich erkläre , dass ich regelmäßig im Indikationsgebiet der Fachgesellschaft tätig bin. Gebühr Erstaussstellung: 59,90 € incl. 19% MwSt. – Gültig, solange Mitgliedschaft besteht
<input type="checkbox"/> Ich beantrage die Zertifizierung als DGSMP-Specialist . Ich erkläre , dass ich einen von der DGSMP akkreditierten mehrjährigen, curricular fundierten (Weiterbildungs-)Kurs (oder vergleichbare Qualifikationen) und dass ich die Approbation als Arzt sowie eine Facharztanerkennung in einem Gebiet mit unmittelbarem Patientenbezug ODER die Approbation als Psychotherapeut und eine Fachkunde/abgeschlossene Weiterbildung in einem wiss. anerkannten Verfahren nachweisen kann. Darüber hinaus habe ich eine Tätigkeitsschwerpunkt im Bereich der Behandlung von o sexuellen Funktionsstörungen, o sexuelle Präferenz- und Verhaltensstörungen, o Geschlechtsinkongruenz (Mehrfachnennungen möglich) und kann die in der Zertifizierungsordnung geforderten zusätzlichen 50 Stunden supervidierte Behandlung nachweisen. Gebühr Erstaussstellung: 89,25 € incl. 19% MwSt, Gültigkeit 5 Jahre, Rezertifizierung: 59,90 €
<input type="checkbox"/> Ich beantrage die Zertifizierung als DGSMP-Expert . Ich erkläre , dass ich einen von der DGSMP akkreditierten mehrjährigen, curricular fundierten (Weiterbildungs-)Kurs (oder vergleichbare Qualifikationen) und regelmäßige weitere praktische, klinische, wissenschaftliche oder lehrende Tätigkeit (inklusive Publikationstätigkeit) in Sexualmedizin, Sexualpsychologie oder Sexualpädagogik im Umfang von mindestens 50 Stunden nachweisen kann. Gebühr Erstaussstellung: 119,00 € incl. 19% MwSt, Gültig, solange Mitgliedschaft besteht

Ja

- Ich möchte in der Mitgliederliste auf der DGSMP-Website mit den Angaben, entsprechend des Datenbogens auf der Seite 2 dieses Antrages, angezeigt werden.

Nein

- Ich möchte **nicht** in der Mitgliederliste auf der DGSMP-Website angezeigt werden.
Der Veröffentlichung meiner personenbezogenen Daten **widerspreche** ich.

Ort, Datum

Unterschrift

Dem Antrag sind beizufügen:

1. Beruflicher bzw. qualifikatorischer Werdegang, mit Fokussierung auf die Zertifizierungs-Anforderungen
2. Fort- und Weiterbildungszeugnisse als .pdf
3. Dokumentation der klinischen, wissenschaftlichen und publikatorischen sowie Lehr-Tätigkeiten im Indikationsbereich der Fachgesellschaft

Tätigkeiten im Schwerpunkt Sexualfunktions-Störungen

Zeitraum von _____ bis _____
Weiterbildungsstätte _____
Supervisor _____
Klinik/Praxis _____
Anzahl der Therapien (Paar) _____

Tätigkeiten im Schwerpunkt Sexualpräferenz-Störungen

Zeitraum von _____ bis _____
Weiterbildungsstätte _____
Supervisor _____
Klinik/Praxis _____
Anzahl der Therapien (Paar) _____

Tätigkeiten im Schwerpunkt Geschlechtsidentitäts-Störungen (Geschlechtsinkongruenz)

Zeitraum von _____ bis _____
Weiterbildungsstätte _____
Supervisor _____
Klinik/Praxis _____
Anzahl der Therapien (Paar) _____

Wissenschaftliche und / oder lehrende Tätigkeiten im Indikationsbereich

(z. B. Publikationen, Projekte, Aus-, Fort- und Weiterbildung, Supervision)

Zeitraum von _____ bis _____
Art der Tätigkeiten _____

Zeitraum von _____ bis _____
Art der Tätigkeiten _____

Zeitraum von _____ bis _____
Art der Tätigkeiten _____

Zeitraum von _____ bis _____
Art der Tätigkeiten _____

Zeitraum von _____ bis _____
Art der Tätigkeiten _____

Zeitraum von _____ bis _____
Art der Tätigkeiten _____

DATENBOGEN

Auf der Website www.dgsmp.org/behandler-finden/ werden folgende personenbezogene Daten aufgelistet: Titel, Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort, Land, Telefon- und Faxnummer, Email-Adresse, Website, Therapieschwerpunkt, Zertifizierungsklasse innerhalb der DGSMP.

Diese Daten möchte ich auf der Website www.dgsmp.org **veröffentlichen**:

Beantragte Zertifizierungsklasse _____

Titel _____

Vorname _____

Nachname _____

Einrichtung _____

Straße _____ Hausnummer _____

PLZ _____ Ort _____ Land _____

Telefon _____

Email _____

Website _____

Therapieschwerpunkt

Mit der Veröffentlichung der oben genannten personenbezogenen Daten in der Mitgliederliste auf der DGSMP-Website bin ich einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift