

An die
DGPPN-Geschäftsstelle
per E-Mail: s.platikanova@dgppn.de

Hiermit stelle ich den Antrag, das **DGPPN Zertifikat "Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im Konsiliar- und Liaison-Dienst"** zu erwerben. Die Voraussetzungen und Anforderungen sind mir bekannt. Ich versichere, dass meine Angaben wahrheitsgemäß und die eingereichten Unterlagen rechtmäßig sind.

Antragsteller:

— Titel Vorname Name: _____
Geburtsdatum _____
Anschrift (Klinik/Praxis): _____

E-Mail: _____
Telefonnummer: _____
Straße: _____
PLZ/Ort: _____

Anforderungen | Unterlagen (alle Punkte müssen bei der Antragstellung angekreuzt sein)::

- DGPPN-Mitgliedschaft
- Curriculum Vitae
- Approbationsurkunde
- Facharztanerkennung(en)
- Nachweis über haupt- bzw. nebenamtliche konsiliarpsychiatrische Tätigkeit
- Nachweis über theoretische Fortbildung, ggf. Selbstauskunft
- Nachweis über durchgeführte Diagnostik und Behandlung, ggf. Selbstauskunft
- Zustimmung zur Datenspeicherung:** Mit der Speicherung meiner Daten durch die DGPPN e. V. bin ich einverstanden. Diese Daten werden nur zu satzungsmäßigen Zwecken der Fachgesellschaft verwendet; eine Weitergabe erfolgt nur an den Zertifizierungsausschuss für die Prüfung meines Antrages; die datenschutzrechtlichen Bestimmungen werden beachtet. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Unterschrift