

**PTN - PsychotherapeutInnen Netzwerk Münster, Münsterland e.V.**  
**Aufnahmeantrag**

Name \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Praxisanschrift \_\_\_\_\_

(falls nicht vorh.) Privatanschrift: \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Homepage \_\_\_\_\_

Tätigkeit

PP	<input type="checkbox"/>	Therapieverfahren	PA	<input type="checkbox"/>	TP	<input type="checkbox"/>	VT	<input type="checkbox"/>	Einzel	<input type="checkbox"/>	Gruppe	<input type="checkbox"/>
ÄP	<input type="checkbox"/>											
KJP	<input type="checkbox"/>		PA	<input type="checkbox"/>	TP	<input type="checkbox"/>	VT	<input type="checkbox"/>	Einzel	<input type="checkbox"/>	Gruppe	<input type="checkbox"/>

Datum der Approbation/Fachkunde \_\_\_\_\_

Facharzt/-ärztin für \_\_\_\_\_

Praxis	<input type="checkbox"/>	Praxengemeinschaft	<input type="checkbox"/>	Anstellung	<input type="checkbox"/>	MVZ	<input type="checkbox"/>
KV Zulassung	<input type="checkbox"/>	Gemeinschaftspraxis	<input type="checkbox"/>	Ausbildung	<input type="checkbox"/>		

Selektivvertrag  Art: \_\_\_\_\_

Lehrpraxis \_\_\_\_\_

Weiterbildungsermächtigung \_\_\_\_\_

Lehrtätigkeit, Supervision \_\_\_\_\_

Qualitätszirkel  Thema: \_\_\_\_\_ Geschlossen   
z.B. Intervention, Ess-Störungen,...

Ort, Datum \_\_\_\_\_ **Unterschrift** \_\_\_\_\_