

Ihre Supervisor Nr.: _____

Deutsche Psychologen Akademie GmbH
Supervisorenregister
Am Köllnischen Park 2
10179 Berlin

Ihre BDP-Mitglieds-Nr.: _____

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen - danke!

1 Name und Privatadresse

Bitte unbedingt angeben!

_____	_____	_____
Name	Vorname	Titel
_____	_____	_____
Straße	PLZ	Ort
_____	_____	_____
Telefon	Fax-Nr.	E-mail
<input type="checkbox"/> Mit Anrufbeantworter		

2 Dienstadresse:

Praxis/Institut/Arbeitgeber		
_____	_____	_____
Straße	PLZ	Ort
_____	_____	_____
Telefon	Fax-Nr.	E-mail
<input type="checkbox"/> Mit Anrufbeantworter		

homepage		

3 Adressenauswahl

veröffentlichte Adresse im Supervisorenregister
www.supervisorenregister.de

- Private Adresse
- Dienstadresse

Rechnungsadresse

- Private Adresse
- Dienstadresse
-

3 In welchem Arbeitsschwerpunkt führen Sie Supervision durch?

Zutreffendes bitte ankreuzen – Mehrfachnennung möglich –

3.1 Bereich ABO

- Arbeit (z.B. Arbeitsgestaltung u. –organisation, Arbeitsmotivation u. -zufriedenheit, Arbeitsschutz)
- Management und Organisation (z.B. Projektmanagement, Organisationsanalyse u. -entwicklung, Gruppen- und Teamentwicklung, Klinische Betriebspsychologie)
- Individuum (z.B. Personal- u. Berufseignungsdiagnostik, Personalentwicklung, Ausbildung u. Training)

3.2 Bereich Klinische Psychologie

- Allgemeinkrankenhaus
- Psychotherapeutische/Psychosomatische/ Psychiatrische Klinik
- REHA-Klinik
- Suchtklinik
- Neurologische Klinik
- Schmerzlinik
- Kinderklinik

3.3 Bereich pädagogische Beratung

- Erziehungsberatung
- Kindergarten
- Heim
- Ehe-, Familien- und Lebensberatung
- AIDS-Beratung
- Suchtberatung

3.4 Bereich Präventionspsychologie / Gesundheitsförderung

- Präventionspsychologie / Gesundheitsförderung

3.5 Bereich Rechtspsychologie

- Begutachtung
- Straf- u. Maßregelvollzug
- Forensische Psychiatrie
- Mediation
- Polizeidienst

3.6 Bereich Schule

- Schulpsychologie

3.7 Bereich Markt- und Kommunikationspsychologie

- Werbung / Marketing
- Meinungsforschung

3.8 Bereich Verkehrspsychologie

- Beratung und Planung
- Fahreignungsdiagnostik
- Verkehrstherapie

4 Qualifikationen:**4.1 Zertifizierungen durch den BDP**

- Klinische Psychologie / Psychotherapie
- ABO – Psychologie
- Rechtspsychologie
- Verkehrspsychologie

4.2 Andere Zertifizierungen / Anerkennungen

- Approbation
- KV – Zulassung
- FachpsychologIn der Medizin
- SchmerztherapeutIn DGSS
- Klinische(r) NeuropsychologIn GNP

4.3 Psychotherapeutische Weiterbildung

- Verhaltenstherapie
- Psychoanalyse/Tiefenpsychologie
- Gesprächspsychotherapie
- Gestaltpsychotherapie
- Psychodrama
- Hypnotherapie
- Familien-/Systemische Therapie
- Körpertherapie
- Transaktionsanalyse

4.4 Abgeschlossene Zusatzausbildung in Supervision

- BDP
- DGSv
- Sonstige: _____

5 Supervisionsschwerpunkt:

- Psychotherapeutische Fallsupervision / Ausbildungssupervision
- Einzelsupervision
- Teamsupervision
- Organisationsberatung/ -entwicklung

6 Sprachen:

- Englisch
- Französisch
- Sonstige: _____

Ich wünsche, daß die aufgeführten Daten über mein Leistungsangebot in das Register der anerkannten „SupervisorInnen BDP“ aufgenommen werden. Ich bin damit einverstanden, dass diese Daten beim BDP gespeichert und (auch auszugsweise) an Institutionen und sonstige Interessenten weitergegeben werden, sowie im Internet auf der Seite <http://www.supervisorenregister.de> veröffentlicht werden.

- Ja
 Nein

Die Eintragung kann nur per Brief und unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von sechs Wochen zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden.

Ich erkenne die Berufsordnung des Berufsverbandes Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) an und unterstelle mich der Ehrengerichtbarkeit des BDP. (Die Berufsordnung und die Ehrengerichtsordnung des BDP können beim Servicezentrum des BDP, Am Köllnischen Park 2, 10179 Berlin angefordert werden).

Datum

Unterschrift

Einzugsermächtigung

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Mitglieds-Nr. _____

Bitte ziehen Sie die Jahresgebühr für den Basiseintrag im SupervisorInnenregister (5,00 € monatlich + 25,00 € einmalige Einstellgebühr) für das laufende Jahr und künftig jährlich - bis auf Widerruf - von meinem Konto ein. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Geldinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Diese Ermächtigung kann ich jederzeit widerrufen. Das Konto, über das die Lastschriftbeträge abgebucht werden können, ist nachstehend angegeben:

Bankleitzahl: _____

Bankbezeichnung: _____

Kontonummer: _____

Datum

Unterschrift des Kontoinhabers