

**Antrag zur Erlangung der Zusatzqualifikation  
„Spezielle Psychotraumatherapie mit Kindern und Jugendlichen“ (DeGPT)**

**Voraussetzung DeGPT-Mitgliedschaft**

**Bitte zu allen folgenden Punkten Nachweise in Kopie beifügen:**

Psychotherapeutische Qualifikation gemäß Punkt A des Curriculums „  
Spezielle Psychotraumatherapie mit Kindern und Jugendlichen“ (DeGPT)

Absolvierung eines durch die DeGPT zertifizierten Curriculums mit Kindern und  
Jugendlichen

**Institut:**

Dienstadresse (bitte vollständig ausfüllen):

---

Name

Anschrift

---

Forts. Anschrift

---

Telefon

Email-Adresse

**Die Zertifizierung ist an eine Mitgliedschaft bei der DeGPT gebunden.**

Ich versichere, dass die Angaben der Wahrheit entsprechen.

---

Datum

---

Unterschrift

Ich bin mit der Veröffentlichung meiner Praxisanschrift auf einer Internetliste der DeGPT  
einverstanden.

---

Datum

---

Unterschrift