

---

# Zertifikat Forensische Psychiatrie

Antrag

---

## ANGABEN ZUR PERSON

Anrede, Titel

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift (Klinik/Praxis)

Straße

PLZ/Ort

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

---

## ERFORDERLICHE UNTERLAGEN

- DGPPN-Mitgliedschaft
- Curriculum Vitae
- Approbationsurkunde (Kopie)
- Facharztanerkennung für Psychiatrie oder Psychiatrie und Psychotherapie (Kopie)
- Gutachtenliste mit mindestens 70 eigenen Gutachten (siehe Anforderungen)
- Nachweis der theoretischen Kenntnisse (mind. 240 Stunden theoretischer Ausbildung speziell in forensischer Psychiatrie)
- Nachweis der praktischen Tätigkeit im Maßregelvollzug bzw. Strafvollzug
- Übersicht von wissenschaftlichen Publikationen und Vorträgen (optional)

---

## ANTRAG ABSCHLIESSEN

- Ich versichere, dass meine Angaben wahrheitsgemäß und die eingereichten Unterlagen rechtmäßig sind.
- Ich stimme zu, dass meine Kontaktdaten bei Erteilung des Zertifikats in die Gutachterliste der DGPPN aufgenommen und auf dgppn.de veröffentlicht werden. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

---

**Ort, Datum**

---

**Unterschrift**

**Zustimmung zur Datenspeicherung.** Mit der Speicherung meiner Daten durch die DGPPN bin ich einverstanden. Diese Daten werden nur zu satzungsmäßigen Zwecken der Fachgesellschaft verwendet; eine Weitergabe erfolgt nur an den Zertifizierungsausschuss für die Prüfung meines Antrags; die datenschutzrechtlichen Bestimmungen werden dabei beachtet. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Die vollständige Datenschutzrichtlinie der DGPPN ist online einsehbar.

Das Zertifikat wird für die Dauer von 5 Jahren vergeben.

→ Rücksendung per Post oder E-Mail: [zertifikate@dgppn.de](mailto:zertifikate@dgppn.de)