
Zertifikat für Kliniken Weiterbildungszentrum für Psychiatrie und Psychotherapie

Antrag

ANGABEN ZUR KLINIK

Name

Straße

PLZ/Ort

KLINIKLEITUNG*

Titel, Name, Vorname

E-Mail-Adresse

Telefonnummer

Stellv. Ansprechpartner

E-Mail-Adresse

Telefonnummer

* Voraussetzung: DGPPN-Mitgliedschaft

ERFORDERLICHE UNTERLAGEN

- Ausgefüllter Fragebogen
- Weiterbildungsprogramme der Klinik (aktuelle sowie die der letzten 5 Jahre)
- Weiterbildungsbuch
- Liste der an der Weiterbildung beteiligten Personen unter Angabe der Schwerpunktgebiete
- Interne wie externe Evaluationsergebnisse der Weiterbildung (optional)
- Jahresberichte und Veranstaltungsflyer der Klinik (optional)
- Sonstiges

ANTRAG ABSCHLIESSEN

- Ich versichere, dass die Angaben wahrheitsgemäß und die eingereichten Unterlagen rechtmäßig sind.

Ort, Datum

Unterschrift

Zustimmung zur Datenspeicherung. Mit der Speicherung meiner Daten durch die DGPPN bin ich einverstanden. Diese Daten werden nur zur Antragsbearbeitung verwendet; eine Weitergabe erfolgt nur an den Zertifizierungsausschuss für die Prüfung des 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.