

---

# Zertifikat

## Gerontopsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik

Antrag auf das gemeinsame Zertifikat von DGPPN und DGGPP

---

### ANGABEN ZUR PERSON

- DGPPN-Mitglied  
 DGGPP-Mitglied

Anrede, Titel

---

Name, Vorname

---

Geburtsdatum

---

Anschrift (Klinik/Praxis)

---

Straße

---

PLZ/Ort

---

Telefonnummer

---

E-Mail-Adresse

---

---

### ERFORDERLICHE UNTERLAGEN

- Curriculum Vitae  
 Approbationsurkunde (Kopie)  
 Facharztanerkennung/en (Kopie)  
 Nachweis der theoretischen Kenntnisse  
 Nachweis (geronto-)psychotherapeutischer Verfahren  
 Nachweis der Fort- und Weiterbildung in Gerontopsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik  
 Nachweis der Befundung, Behandlung und Dokumentation von mindestens 150 Patienten

---

### 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/DGGPP bin ich einverstanden. Diese Daten werden nur zu satzungsmäßigen Zwecken 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.

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