
Zertifikat

Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im Konsiliar- und Liaisondienst

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/en (Kopie)
- Nachweis der theoretischen Kenntnisse
- Nachweis der haupt- bzw. nebenamtlichen konsiliarpsychiatrischen Tätigkeit
- Nachweis der Durchführung, Befundung und Dokumentation von 150 Patienten im Konsiliar- und Liaisondienst

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.