

Deutsche Gesellschaft  
Zwangserkrankungen  
Postfach 70 23 34  
22023 Hamburg  
Tel.: (040) 689 13 700  
Fax: (040) 689 13 702



Bitte Rückantwort per Brief oder Fax an uns senden. Vielen Dank!

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

ggf. Einrichtung (Klinik): \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: : \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

1. Bitte nehmen Sie mich / uns als behandelnde(n) Therapeut(en) für Zwangserkrankungen in Ihre Therapeutenliste auf für

ambulante Therapie       stationäre Therapie:  Krankenhaus  Reha-Klinik

2. Therapeutisches Angebot für

Erwachsene       Kinder und Jugendliche

3. **Therapierichtung**

Verhaltenstherapie     medikamentöse Therapie  
 tiefenpsychologische Verfahren     andere

4a. **Approbation für Psychotherapie**

ja  
 nein  
 in Ausbildung

4b. **Behandlung von Kassenpatienten?**

ja  
 nein

5. **Stationäre Erfahrung** (Psychiatrie/Psychosomatik)

\_\_\_\_\_ Jahre

6. **Ambulante Erfahrung**

\_\_\_\_\_ Jahre

7. **Erfahrung mit Patienten mit Zwangsstörung**

bis 1 Jahr       1 bis 3 Jahre       mehr als 3 Jahre

8. **Expositionstraining**

findet statt  
 findet auch im häuslichen Umfeld des Patienten statt

9. **Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen für Zwangsstörungen**

besteht bereits       wird angestrebt

10.  Ich bin Mitglied der Deutschen Gesellschaft Zwangserkrankungen e.V.

Ich werde Mitglied der DGZ e.V., Aufnahmeantrag liegt bei.

Ich habe Interesse an Fortbildungsangeboten für Therapeuten (Z-Expert).

Ort / Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_