

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 / Titel: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

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** mit der Therapie von Zwangsstörungen (Psychiatrie/Psychosomatik)  
\_\_\_\_\_ Jahre

6. **Ambulante Erfahrung** mit der Therapie von Zwangsstörungen  
\_\_\_\_\_ Jahre

7. **Zahl der behandelten Patienten mit Zwangsstörungen**  
ca.: \_\_\_\_\_

8. **Expositionstraining**

findet statt  
 findet auch im häuslichen Umfeld des Patienten statt

9.  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.

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