



UNIVERSITÄTSKLINIKUM / MEDIZINISCHE FAKULTÄT DER HUMBOLDT-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie  
Geschäftsführender Direktor: Prof. Dr. med. A. Heinz  
Tel.:(0049) 030-450-517001, Fax:(0049) 030-450-517921

**- Berliner Modell -**

**Gemeinsame Psychotherapie-Weiterbildung zum  
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie**  
Leitung: Dr. D. Bolk-Weischedel

**\*Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité  
Friedrich von Bodelschwingh-Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Krankenhaus des Maßregelvollzugs (KMV) • Park-Klinik Sophie Charlotte • Bundeswehrkrankenhaus  
Hartmut-Spittler-Fachklinik im AVK Vivantes • Havellandklinik Nauen • Immanuel Krankenhaus Rüdersdorf  
Jüdisches Krankenhaus Berlin • Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk • Königin-Elisabeth-Krankenhaus  
Krankenhaus Angermünde • St. Hedwig-Krankenhaus • St. Joseph-Krankenhaus Weißensee  
Schloßpark-Klinik • Vivantes Klinikum Kaulsdorf • Vivantes Wenckebach-Klinikum  
Weiterbildungspraxis Bohlken / Otto • Weiterbildungspraxis Dorn**

---

**Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie**

**Persönliche Angaben des Weiterbildungsteilnehmers:**

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

**Beruf:** \_\_\_\_\_ **Titel:** \_\_\_\_\_ **Fam. Stand:** \_\_\_\_\_

**Anschrift;** \_\_\_\_\_

**e-mail:** \_\_\_\_\_ **Tel.:** \_\_\_\_\_ **Mobil:** \_\_\_\_\_

**Geb.-Ort:** \_\_\_\_\_ **Geb.-Datum:** \_\_\_\_\_

**Gegenwärtige Tätigkeit, Bezeichnung und Adresse des Arbeitsplatzes:**

\_\_\_\_\_

**Hochschulabschluss mit Datum (med.Staatsexamen, Promotion); Universität:**

\_\_\_\_\_

**Ort und Datum der Approbation:**

\_\_\_\_\_

**Bisherige psychiatrische Tätigkeit:**

\_\_\_\_\_

**Der Weiterbildung liegen die Richtlinien der Ärztekammer Berlin zugrunde. Sie sind mir bekannt.**

**Ort:** \_\_\_\_\_ **Datum:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift der/des Weiterbildungsteilnehmers/-nehmerin:**

\_\_\_\_\_

**Bestätigt:**

**Unterschrift der/des zur Weiterbildung Befugten:**

\_\_\_\_\_