

Ihre Anmeldung senden Sie bitte ...

per Fax an: +49 (0) 511 - 87 42 91 17
per Mail an: mail@pi-hannover.de

ANMELDEFORMULAR CURRICULUM PSYCHOONKOLOGIE 2027

ICH.BIN.†

☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers

VORNAME †

NACHNAME †

TITEL

GEBURTSDATUM

E-MAIL-ADRESSE †

TELEFONNUMMER †

STRASSE UND HAUS-NR. †

ZIP / POSTLEITZAHL †

STADT †

INSTITUTION / ARBEITGEBER

BERUFLICHE QUALIFIKATION ALS

- ☐ Psychologische:r Psychotherapeut:in
 ☐ Ärztliche:r Psychotherapeut:in
 ☐ Psychotherapeut:in in Ausbildung (PiA)
☐ Ärzt:in in Weiterbildung (AiW)
 ☐ Facharzt/ Fachärztin Psychiatrie
 ☐ Facharzt/ Fachärztin Psychosomatik
☐ Facharzt/ Fachärztin Gynäkologie
 ☐ Psychologe/Psychologin
 ☐ andere Berufsgruppe, bitte ausfüllen!

ANDERE BERUFSGRUPPE †

HABEN SIE ERFAHRUNG MIT ONKOLOGISCHEN PATIENT:INNEN?

☐ Ja, max. 1 Jahr
 ☐ Ja, 1 bis 3 Jahre
 ☐ Ja, mehr als 3 Jahre
 ☐ Nein

IHRE DERZEITIGE TÄTIGKEIT MIT KREBSPATIENT:INNEN

- ☐ Onkologische Akutklinik
 ☐ Psychiatrische oder psychosomatische Akutklinik
 ☐ SAPV
 ☐ Hospiz
 ☐ Psychotherapie Praxis
☐ Onkologische Rehaklinik
 ☐ Krebsberatungsstelle
 ☐ Sonstiges

PSYCHOTHERAPEUTISCHE AUSBILDUNG

☐ Ja
 ☐ Nein
 ☐ in Ausbildung
 ☐ Ich beginne die Ausbildung demnächst

PSYCHOTHERAPIEVERFAHREN †

- ☐ Verhaltenstherapie (VT)
 ☐ tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (TP)
 ☐ analytische Psychotherapie (AP)
☐ Systemische Psychotherapie (SYS)

ZAHLUNGSWEISE: †

- ☐ Gesamtbetrag
☐ ich zahle in 2 Raten

RECHNUNGSANSCHRIFT: †

- ☐ privat
☐ dienstlich

RECHNUNGSANSCHRIFT ARBEITGEBER

DAS THERAPIE-TOOL PSYCHOONKOLOGIE MÖCHTE ICH KOSTENLOS DAZU ERHALTEN. †

- ☐ Ja
- ☐ Nein, ich hätte gern ein anderes Buch aus der Therapie-Tool Serie

TITEL THERAPIE-TOOL

ISBN NR. BELTZ-VERLAG

VERPFLEGUNG WÄHREND MODUL 1 UND 5 †

- ☐ keine Einschränkung beim Essen ☐ gern vegetarisch ☐ ich ernähre mich vegan

WIE HABEN SIE VON UNS ERFAHREN? †

- ☐ Suchmaschine ☐ Flyer ☐ Kongress ☐ Vortrag Zimmermann ☐ Kollege/in ☐ Soziale Medien ☐ Sonstiges

ZUSTIMMUNG †

- ☐ Mit der Eingabe und Versendung Ihrer Daten erklären Sie sich einverstanden, dass wir Ihre personenbezogenen Angaben zum Zwecke der Beantwortung Ihrer Anmeldung und etwaiger Rückfragen entgegennehmen, Zwischenspeichern und auswerten. Weiterhin stimmen Sie den [Allgemeinen Geschäftsbedingungen](#) und der [Datenschutzerklärung](#) zu. Sie können diese Erklärung jederzeit per Email an mail@pi-hannover.de widerrufen.
- ☐ Zum Curriculum Psychoonkologie melde ich mich verbindlich an und akzeptiere die [Stornierungsbedingungen](#).

Ort, Datum

Unterschrift