

ANMELDUNG: Diplomprüfungen Programm E

Examensperiode: Monat _____ Jahr _____

1. Teil 2. Teil ganz

- International i
- WB-Programm Analytische Psychotherapie

Hinweise zur Anmeldung: Beachten Sie bitte die Anmeldetermine. Für die Anmeldung zum Examen müssen alle Bedingungen gemäss Weiterbildungsprogramm erfüllt sein, die entsprechenden Nachweise, Praktika und Arbeit mit Bewertung termingerecht im Sekretariat vorliegen und die Gebühr bezahlt sein.

Bitte vollständig und in Druckschrift ausfüllen. **Eingerahmte Felder bitte leerlassen.**

Name, Vorname	
Adresse	
Telefon	E-mail
Beginn der Ausbildung	Anzahl Semester bis Ende der Examensperiode davon als DiplomkandidatIn
DiplomkandidatIn seit	
Mitglieder der Auswahlkommission	

Lehranalysestunden (Analyse vor der Ausbildung: bitte nur angerechnete Stundenzahl einsetzen)				
AnalytikerIn	Zeitraum von / bis (Jahr/Monat)	Anzahl Stunden bis heute	Stunden bis Ende Examensperiode	
Total Stunden -->				

Prüfungen		falls bereits abgelegt, Monat / Jahr:	Note	PrüferIn	BeisitzerInnen
1000	Der Individuationsprozess und seine Symbole				
1050	Prüfung über den individuellen Fall eines Erwachsenen einschliesslich tiefenpsychologischem Verständnis von Träumen				
1100	Klinische Psychiatrie, Diagnostik und Therapie				
1150	Klausur: Tiefenpsychologisches Verständnis eines Mythos oder Märchens				
1200	Tiefenpsychologisches Verständnis von Bildern od. Sandspielprozessen und Anwendung in d. Praxis				
	Diplomthesis				

Seminararbeit	LektorIn
Assoziationsexperiment	DozentIn
Thema der Diplomthesis	BeraterIn / ExpertInnen

Klinische Erfahrung (bitte alle vom Institut anerkannten klinischen Praktika angeben, vor oder während der Ausbildung)					
Name und Ort der Klinik	Art der Arbeit	Zeitraum von/bis (genaue Daten)	Wochen	Anz. Stunden	
Total Wochen/ Stunden -->					

Arbeit mit Klienten					Supervision				
Fallnummer	Geschl.	Alter	Stunden bis jetzt	Stunden bis Ende Examen	Supervisor	Stunden bis jetzt	Stunden bis Ende Examen		
Total Stunden -->					Total Stunden -->				

Gruppensupervision					
LeiterIn	Zeitraum von/bis (Jahr/Monat)	Anzahl Sitzungen	LeiterIn	Zeitraum von/bis (Jahr/Monat)	Anzahl Sitzungen
Total Sitzungen (beide Kolonnen zusammen) -->					

Ich bestätige, alle Bedingungen für die Anmeldung zum Examen gemäss Weiterbildungsprogramm zu erfüllen.

Ort und Datum _____ Unterschrift _____

PRÜFERWAHL: DIPLOM Programm E

Bitte in **DRUCKSCHRIFT**

Name/Vorname: _____ E-mail: _____

Prüfungssprache:			
Prüfungsfach	PrüferIn vorangegangener Prüfungen	PrüferIn	Datum Kontakt- aufnahme mit Prüfer
E-Dipl 1000 Der Individuationsprozess und seine Symbole
E-Dipl 1050 Prüfung über den individuellen Fall eines Erwachsenen einschliesslich tiefenpsychologischem Verständnis von Träumen
E-Dipl 1100 Klinische Psychiatrie, Diagnostik und Therapie
E-Dipl 1150 Klausur: Tiefenpsychologisches Verständnis eines Mythos oder Märchens
E-Dipl 1200 Psychologisches Verständnis von Bildern oder Sandspielprozessen bei Erwachsenen und die Anwendung in der Praxis
Thesis	1. 2. 3.		1. 2. 3.

Anmerkung: Bei Rückzug von Prüfungen nach dem Anmeldetermin, verfällt die einbezahlte Examensgebühr

Datum: _____

Unterschrift: _____