

ANMELDUNG: Diplomprüfungen Programm K

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 -->				

Prüfungsfächer		falls bereits abgelegt, Monat / Jahr:	Note	PrüferIn	BeisitzerInnen	Note
2050	Prüfung über den individuellen Fall eines Kindes oder Jugendlichen einschliesslich tiefenpsychologischem Verständnis von Träumen					
2100	Kinder- und Jugendpsychiatrie, Diagnostik und Therapie					
2150	Klausur: Tiefenpsychologisches Verständnis eines Mythos oder Märchens					
2200	Tiefenpsychologisches Verständnis von Bildern oder Sandspielprozessen bei Kindern und Jugendlichen und die Anwendung in der Praxis					
2300	Symbolik des kindl. Spiels im Hinblick auf die Sozialisierung / Individualisierung und die Individuation					
	Diplomthesis					

Seminararbeit Interaktion	LektorIn	
Thema der Diplomthesis	BeraterIn / ExpertInnen	
Fallberichte/Anamnesebericht	DozentIn	

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 -->					

Fallarbeits					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 K

Bitte in **DRUCKSCHRIFT**

Name/Vorname: _____

E-mail: _____

Prüfungsfach	PrüferIn vorangegangener Prüfungen	PrüferIn	Datum Kontakt- aufnahme mit Prüfer
K-Dipl 2050 Prüfung über den individuellen Fall eines Kindes oder Jugendlichen einschliesslich tiefenpsychologischem Verständnis von Träumen
K-Dipl 2100 Kinder- und Jugendpsychiatrie, Diagnostik und Therapie
K-Dipl 2150 Klausur: Tiefenpsychologisches Verständnis eines Mythos oder Märchens
K-Dipl 2200 Tiefenpsychologisches Verständnis von Bildern oder Sandspielprozessen bei Kindern und Jugendlichen und die Anwendung in der Praxis
K-Dipl 2300 Symbolik des kindlichen Spiels im Hinblick auf die Sozialisierung / Individualisierung und die Individuation
Thesis	1. 2. 3.		1. 2. 3.

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

Datum: _____

Unterschrift: _____