

## Anmeldung

Ihre Anmeldung senden Sie bitte an:

Asklepios Fachklinikum Tiefenbrunn  
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie  
Sekretariat Frau Ritter  
37124 Rosdorf

Fax: +49 551 5005-305

Mail: [k.ritter@asklepios.com](mailto:k.ritter@asklepios.com)

Ich bin an der Weiterbildung zur Erlangung der Voraussetzung für die Zusatzbezeichnung Psychotherapie mit dem Schwerpunkt tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie für Kinder und Jugendliche interessiert und melde mich hiermit für den Durchgang 2025-2027 verbindlich an.

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Straße/Hausnr. \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Geb.-Datum \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Ich bin im \_\_\_\_\_ Jahr der Weiterbildung zur/zum Kinder- und Jugendpsychiater:in.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Sie bekommen vor jedem Block eine Einladung per E-Mail mit der Bankverbindung.