

Antrag auf Zertifizierung

Bitte füllen Sie die folgenden Felder aus:

Titel	
Name, Vorname	
Anschrift	
Mailadresse	

Hiermit bestätige ich, dass ich das Curriculum zur Erlangung des Zertifikats „**Therapeut*in für Imaginäre Körperreisen nach Sabine Fruth**“ durchlaufen und an allen erforderlichen Seminaren sowie Supervisionen teilgenommen habe.

Bitte geben Sie nachfolgend an, wann die Seminare, etc. durch Sie absolviert wurden:

Basis – Seminare	
„Imaginäre Körperreisen – Grundlagenseminar“	
„Imaginäre Körperreisen – Aufbau Seminar“	
„Imaginäre Körperreisen – Vertiefungsseminar“	
Themenseminare	
Widerstände	
Traumatherapie	
Polyvagal-Theorie	
Depressionen & Ängste	
Supervisionen	
Gruppen-Supervision	
Einzel-Supervision	



Bitte Zutreffendes ankreuzen:

- Die Bescheinigungen über die Selbsterfahrung, sowie die Einzel-Supervisionen und die Fallbeschreibungen liegen dem Institut bereits vor.
- Die Bescheinigungen über die Selbsterfahrung, sowie die Einzel-Supervisionen und die Fallbeschreibungen werden angehängt.
- Hiermit bestätige ich, dass ich mit der Aufnahme und der damit verbundenen Nennung und Veröffentlichung meiner Angaben auf der Therapeut*innenliste des „Instituts Fruth“ einverstanden bin.

Bitte geben Sie nachfolgend an, welche Daten in der Therapeut*innenliste abgebildet werden dürfen (z.B. Praxisadresse, etc.):

Titel	
Name, Vorname	
Beruf	
Anschrift	
Tel. Nummer	
Mailadresse	
Webseite	

Die Bearbeitungsgebühr in Höhe von 98,00€ habe ich bereits überwiesen (Nachweis liegt dem Antrag bei).

Ort, Datum

Name, Unterschrift