

## Zulassungsantrag

### Sexuelle Beziehungsthemen in Therapie und Beratung

mit Notburga Fischer und Dr. med. Robert Fischer

Sehr geehrte Interessentin, sehr geehrter Interessent

Um besser beurteilen zu können, ob wir mit dieser Fortbildung Ihren Bedürfnissen und Interessen gerecht werden können, bitten wir Sie, diesen Fragebogen sorgfältig auszufüllen und uns auf Papier mit Unterschrift zuzustellen. Wir sichern Ihnen zu, dass wir den ausgefüllten Zulassungsantrag vertraulich behandeln werden.

#### 1. Personalien

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Nationalität

\_\_\_\_\_  
Privatadresse

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Email

\_\_\_\_\_  
Adresse Arbeitsplatz

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Email

#### 2. Aktuelle berufliche Tätigkeiten und Art der Klientel in den Bereichen Beratung und / oder Therapie

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**3. Berufserfahrung bisher in Beratung / Therapie und. Art der Klientel**

---

---

---

---

**4. Grundausbildung als Psychotherapeutin/Berater mit ca. Stundenzahlen**

---

---

---

**5. Fortbildungen (ca. Stundenzahl) und Berufserfahrung mit den Themen Sexualität und Partnerschaft**

---

---

---

---

**6. Haben Sie eine sexuelle Missbrauchsgeschichte oder andere Themen mit Sexualität, die bei der Selbsterfahrung in der Fortbildung belastend werden könnten?**

---

---

---

---

**7. Ihre Erwartungen an die Fortbildung**

---

---

---

---

**8. Wer waren in den letzten 5 Jahren Ihre TherapeutInnen, AusbilderInnen, SupervisorInnen u.ä.?**

---

---

---

---

Wir stellen diese Frage, um im Rahmen des Möglichen potenziell problematische Doppelrollen zu vermeiden. Wir halten das besonders bei der Arbeit mit Sexualität für wichtig, da viele Verletzungen auf diesem Gebiet durch Rollenvermischungen entstanden sind. Falls unter den Angemeldeten solche Rollenkombinationen vorkommen, werden wir zur Klärung der Teilnahmemöglichkeit mit beiden Personen in Kontakt treten. Falls es um eine Entscheidung geht, hat die früher angemeldete Person Vorrang.

**9. Allgemeine Bestimmungen**

- Ich bestätige, die „Allgemeinen Bestimmungen (AB) des IBP Instituts für Lehrgänge und Trainings ab 10 Tagen“ gelesen zu haben und mit diesen AB als Teil der Zulassungsbedingungen für die Fortbildung „Sexualtherapie und Sexualberatung“ einverstanden zu sein.

---

Ort und Datum

---

Unterschrift

Wir freuen uns eine gute Zusammenarbeit mit Ihnen!  
Notburga Fischer und Robert Fischer

**Bitte einsenden an:** IBP Institut, Mühlestrasse 10, CH-8400 Winterthur