



FOTO (bitte hochladen)

## Zulassungsantrag Postgraduale Weiterbildung in Integrativer Körperpsychotherapie IBP

Bitte in Blockschrift und gut leserlich schreiben.

Ich beantrage die Zulassung zur

### **Postgradualen Weiterbildung in Integrativer Körperpsychotherapie IBP**

**Beginn** \_\_\_\_\_

#### **1. Personalien**

Frau            Herr            Andere nämlich: \_\_\_\_\_

Anrede

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Nationalität

\_\_\_\_\_  
Akademischer Titel

\_\_\_\_\_  
Heimatort

\_\_\_\_\_  
Privatadresse

\_\_\_\_\_  
Telefon P

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

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

\_\_\_\_\_  
Telefon G

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

**2. Hochschulstudium (Kopie beilegen)**

Psychologiestudium

_____	_____
Universität oder Fachhochschule	Abschlussjahr
abgeschlossen auf Masterstufe	
nicht abgeschlossen	_____
	Absolvierte Semesterzahl

\_\_\_\_\_

Fachrichtung, genaue Bezeichnung

Medizinstudium

_____	_____
Universität	Abschlussjahr
abgeschlossen	
Spezialarzt	

\_\_\_\_\_

Fachrichtung, genaue Bezeichnung

**3. Welche der folgenden psychologischen/medizinischen Wissensgebiete haben Sie im Rahmen Ihrer Ausbildung studiert?**

Psychopathologie des Erwachsenenalters (inkl. ICD, AMDP)  
Theorien und Techniken verschiedener psychotherapeutischer Schulen

**4. Weitere Aus- und Weiterbildungen**

\_\_\_\_\_

Name der Ausbildung

\_\_\_\_\_

Institut

\_\_\_\_\_

Abschluss / Titel

\_\_\_\_\_

Abschlussjahr

\_\_\_\_\_

Name der Ausbildung

\_\_\_\_\_

Institut

\_\_\_\_\_

Abschluss / Titel

\_\_\_\_\_

Abschlussjahr

**5. Mitgliedschaft in Fach- oder Berufsverbänden** (Kopie beilegen)

Psychologisch / psychotherapeutische Berufsverbände:

FSP    ASP    SBAP    andere: \_\_\_\_\_

Ärztliche Berufsverbände:

FMH für Psychiatrie und Psychotherapie

FMH andere: \_\_\_\_\_  
Bezeichnung

andere: \_\_\_\_\_  
Bezeichnung

**6. Praxisbewilligung** (Kopie beilegen)

Ich habe eine Praxisbewilligung als \_\_\_\_\_

in der CH                      Kanton \_\_\_\_\_

im Ausland                      Land / Ort \_\_\_\_\_

**7. Gegenwärtige berufliche Tätigkeit(en)**

\_\_\_\_\_  
Tätigkeit / Funktion

\_\_\_\_\_  
Firma / Institution

\_\_\_\_\_  
Arbeitsumfang %

\_\_\_\_\_  
Tätigkeit / Funktion

\_\_\_\_\_  
Firma / Institution

\_\_\_\_\_  
Arbeitsumfang %

**8. Frühere berufliche Tätigkeit(en)**

Bitte beschreiben Sie kurz wichtige berufliche Stationen (Funktion / Dauer)

Von / Bis	Firma / Institution	Funktion

**9. Selbsterfahrung** (Psychotherapie / Körpertherapie / Persönlichkeitsbildung / Workshops u.a.)

Art der Selbsterfahrung	Therapeutin / Kursleitung	Ort	Zeitraum

10. IBP Einführungskurs besucht \_\_\_\_\_ Kursleitung \_\_\_\_\_  
(Monat/Jahr)

**11. Persönliche und familiäre Situation**

Bitte beschreiben Sie kurz Ihre persönliche / familiäre Beziehungssituation (ledig, verheiratet, Kinder etc.)

**12. Zugehörigkeit zu Lebens-, Religions- und anderen Gemeinschaften** (spirituell, politisch u.ä.)

**13. Persönlicher Werdegang**

Bitte beschreiben Sie sich und Ihren persönlichen Werdegang in einem frei formulierten Text anhand folgender Leitfragen (bitte Text als Beilage mitschicken (muss nicht handschriftlich sein)):

- Wer bin ich?
  - Was macht mich aus?
  - Was sind meine persönlichen Qualitäten, Eigenschaften und Fähigkeiten?
  
- Woher komme ich?
  - Welche wichtigen Stationen und Erfahrungen haben mich geprägt?
  - Welche Wege und Umwege bin ich gegangen?
  - Welche Stolpersteine und Klippen sind mir unterwegs begegnet?
  - Mit welchen Strategien habe ich sie bewältigt?
  - Welche Ressourcen haben mir dabei geholfen?
  - Was habe ich daraus gelernt?
  - Welches sind Schlüsselerlebnisse auf meinem Lebensweg gewesen?
  
- Wohin will ich?
  - Was möchte ich an meiner Persönlichkeit weiterentwickeln?

#### 14. Motivation für die IBP Weiterbildung

Bitte beschreiben Sie, warum Sie eine Weiterbildung in IBP machen möchten. Wie gedenken Sie IBP später anzuwenden? Was sind Ihre persönlichen und beruflichen Ziele, die Sie mit dieser Weiterbildung erreichen möchten?

#### 15. Körperlich-seelische Gesundheit

Sind Sie körperlich gesund und normal belastbar?

Ja

Nein

Falls nein, was sind Ihre Beschwerden?

Sind Sie in Ihrer Vorgeschichte körperlich ernsthaft erkrankt oder verunfallt

Ja

Nein

Falls ja, Art der Erkrankung/des Unfalls und Behandlung, Jahr?

Sind Sie psychisch gesund und normal belastbar?

Ja

Nein

Falls nein, was sind Ihre Beschwerden?

Sind Sie in Ihrer Vorgeschichte jemals psychisch erkrankt?

Ja

Nein

Falls ja: Art der Erkrankung und Behandlung, Jahr?

**16. Medikamente**

Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente  
gegen körperliche Beschwerden?  
gegen psychische Beschwerden?  
Falls ja, welche?

Ja    Nein  
Ja    Nein

Nahmen Sie früher jemals Medikamente gegen psychische Beschwerden?  
Falls ja: Welche und aus welchem Grund? Jahr? Zeitdauer?

Ja    Nein

**17. Leumund**

Gab es je eine Strafuntersuchung gegen Sie?  
Falls ja, aus welchem Grund und mit welchem Abschluss?

Ja    Nein

**18. Newsletter**

Ich möchte regelmässig den IBP Newsletter zugesandt bekommen.

Ich möchte Informationen für Fachleute erhalten.

Ich möchte Informationen erhalten, die für mich als Privatperson nützlich sind.

## 19. Allgemeine Bestimmungen

Ich bestätige, die „Allgemeinen Bestimmungen (AB) für Lehrgänge und Trainings ab 10 Tagen“ des IBP Instituts gelesen zu haben und mit diesen AB als Teil der Zulassungsbedingungen für die Postgraduale Weiterbildung in Integrativer Körperpsychotherapie IBP einverstanden zu sein.

Ihre Angaben werden vertraulich behandelt. Wir verweisen in diesem Zusammenhang auf unsere Datenschutzerklärung ([www.ibp-institut.ch/datenschutzerklärung.ch](http://www.ibp-institut.ch/datenschutzerklärung.ch)).

Der Zulassungsausschuss entscheidet über die Zulassung.

Für die Überprüfung des Zulassungsantrages, das Durchführen und die Koordination des Zulassungsverfahrens stellen wir Ihnen eine Unkostenbeteiligung von CHF 160.- in Rechnung.

**Ich bestätige mit meiner Unterschrift, den Zulassungsantrag vollständig und wahrheitsgetreu ausgefüllt zu haben.**

---

Ort und Datum

---

Unterschrift

### Beilagen:

- Foto
- Text «Persönlicher Werdegang»
- Kopie Hochschulabschluss (Masterdiplom)
- Nachweis Psychopathologie (mind. 12 ETCS) incl. ICD und AMDP
- Nachweis genügender Studienleistung in klinischer Psychologie
- Kopie Abschluss psychotherapeutische Weiterbildung(en)
- Kopie Mitgliedschaft Berufsverbände

**Bitte senden Sie den Zulassungsantrag an folgende Adresse:**

IBP Institut  
Mühlestrasse 10  
CH-8400 Winterthur

oder per E-Mail an [info@ibp-institut.ch](mailto:info@ibp-institut.ch)