



BUNDESVERBAND
für Kinder- und Jugendlichen-
psychotherapie e.V. (bkj)

Antrag auf Aufnahme in die Therapeut*innenliste (bitte in Druckschrift ausfüllen)

Name:

Mitgliedsnummer: #

Praxisadresse: _____

Telefon-Nr. _____

Fax-Nr. _____

E-Mail-Adresse _____

Homepage: _____

Approbation als: ☐ KJP

☐ PP

Fachkunde: ☐ PA

☐ TP

☐ VT

☐ syst. Therapie

Spezialisierungen: _____

Zusätzliche Angebote: ☐ Autogenes Training

☐ Hypnose

☐ Gruppentherapie

☐ Familientherapie

☐ _____

☐ _____

Kassenzulassung: ☐ ja

☐ nein

Abrechnung: ☐ private Krankenkassen

☐ Selbstzahler

☐ Kostenerstattung

☐ Beihilfe

Ich bin damit einverstanden, dass die vorgenannten Daten auf der Homepage des bkj veröffentlicht und bei Anfragen verschickt werden.

.....

Ort und Datum

.....

Unterschrift

Bitte senden oder per Mail an:

bkj- Geschäftsstelle, Unter den Eichen 5, Haus G, 65195 Wiesbaden

E-Mail: info@bkj-ev.de