

## Antrag auf Zertifizierung als Fachpsychologe/in für Rehabilitation BDP

### A Allgemeine Daten/ Erklärung

Titel:	
Vorname:	
Name:	
Postanschrift:	
Telefon/Telefax:	
Email:	
Sind Sie Mitglied im BDP?	Bitte hier Mitgliedsnummer eintragen

#### **Erklärung zur Einhaltung der Ethischen Richtlinien des Berufsverbandes Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) und der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs)**

Ich habe die Ethischen Richtlinien des Berufsverbandes Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) und der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs) gelesen und erkläre, dass ich mich bei meiner Tätigkeit nach diesen Ethischen Richtlinien in der jeweils gültigen Fassung richte. (<http://www.bdp-verband.de/bdp/verband/ethik.shtml>).

Ich erkläre mich zudem damit einverstanden, dass ggf. das Schieds- und Ehrengericht des BDP bezüglich meiner Tätigkeit als Fachpsychologe/in für Rehabilitation BDP die Einhaltung der Ethischen Richtlinien überprüft. Mit dieser Anerkennung der Gerichtsbarkeit des Schieds- und Ehrengerichts des BDP sind ggf. Sanktionen und Kosten verbunden. Das Nähere regelt die Schieds- und Ehrengerichtsordnung in der jeweils gültigen Fassung, die ich gelesen habe (<http://www.bdp-verband.org/bdp/verband/ehrengericht.html>).

---

Datum

Unterschrift

### **Erklärung, nicht nach Methoden von L. Ron Hubbard zu arbeiten**

Ich versichere, dass ich weder aktives noch passives Mitglied von „Scientology“ bzw. von mit „Scientology“ in Zusammenhang stehenden oder verbundenen Organisationen bzw. Tarnorganisationen von „Scientology“ bin. Ferner versichere ich, kein Anhänger dieser Organisation zu sein. Die Technologie von L. Ron Hubbard lehne ich ausdrücklich ab.

---

Datum

Unterschrift

### **Einzugsermächtigung**

Hiermit ermächtige ich die DPA, die Gebühren zu meinem Antrag auf Zertifizierung in Höhe von 452,20 € incl. der gesetzlichen Mehrwertsteuer (BDP-Mitglieder: 406,98 € incl. gesetzlicher Mehrwertsteuer) von meinem Konto abzubuchen:

Kontoinhaber:

\_\_\_\_\_

Kreditinstitut:

\_\_\_\_\_

IBAN:

\_\_\_\_\_

BIC:

\_\_\_\_\_

Ort, Datum, Unterschrift:

\_\_\_\_\_

(Die Gebühr wird als Bearbeitungsgebühr mit der Antragstellung fällig.)

Name, Vorname:

## B Nachweise

ZOFR	Voraussetzung	Beleg Nr.	intern
§2(1)	Nachweis der Erfüllung der Kriterien für Vollmitgliedschaft im BDP (Diplom oder gleichwertiger Abschluss in Psychologie)	Anlage 1	
§2(3a,c), (4a,b)	Nachweis von 140 Unterrichtsstunden á 45 Minuten theoretischer Weiterbildung mit Inhalten gemäß Anlage 1 der Zertifizierungsordnung, mind. 70 Unterrichtseinheiten in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung	Anlage 2	
§2(3b)	Nachweis von mindestens 2 Jahren Berufspraxis in der ambulanten oder stationären medizinischen Rehabilitation (Vollzeit, entsprechend länger bei Teilzeittätigkeit)	Anlage 3	

Die Anlagen sind Bestandteil des Zertifizierungsantrags. Nachweise sind in Form von Kopien beizulegen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der von mir gemachten Angaben.

---

Ort, Datum

Unterschrift

### Information, Beratung und Antragstellung:

Deutsche Psychologen Akademie GmbH des BDP  
Am Köllnischen Park 2  
10179 Berlin

Ihre Ansprechpartnerin:  
Steffi Baumgarten  
[s.baumgarten@psychologenakademie.de](mailto:s.baumgarten@psychologenakademie.de)  
Tel.: 030 / 20 91 66 - 314  
Fax: 030 / 20 91 66 - 316