



N-PSOM

www.n-psom.de

**Projektgruppe Psycho-Onkologie
am Tumor Zentrum München**

**Netzwerk PsychoSoziale
Onkologie München**

Antrag auf Mitgliedschaft in der Projektgruppe “PsychoSozialeOnkologie” am Tumorzentrum München in Kooperation mit dem Netzwerk PsychoSoziale Onkologie München N-PSOM

Antragsteller:

Titel, Vorname, Name

Institut / Praxis

Straße

PLZ, Ort

Telefon

Fax

E-Mail:

1. AKTIVE MITGLIEDSCHAFT

Ja / Nein

2. PASSIVE MITGLIEDSCHAFT

Ja / Nein

3. Ich bin

- Psychologe
 - Arzt
 - Sozialpädagoge
 - anderes:
- _____

4. darüber hinaus

- Facharzt für _____
 - Ärztliche PsychotherapeutIn
 - Psycholog. PsychotherapeutIn
 - anderes:
- _____

5. tätig in

- Klinik
 - Praxis
 - Beratungsstelle
 - anderes:
- _____

6. zusätzlich wissenschaftlich auf dem
Gebiet:

7. Meine psychotherapeutischen Angebote sind:
 [*nur wenn staatl. Anerkannte Abschlüsse vorliegen;
 **nur wenn durch Fachgesellschaft anerkannte Abschlüsse vorliegen]
- Verhaltenstherapie*
 - Tiefenpsychologie*
 - Psychoanalyse*
 - Systemische Familientherapie**
 - Gesprächstherapie**
 - Entspannungsverfahren*
(Muskelrelaxation, etc.)
 - Kreativ-Verfahren**
(Musik-, Kunst- Gestalttherapie, etc.)
 - Körperorientierte Verfahren**
(Tanztherapie, etc.)
 - anderes:
-
8. Ich übernehme ambulante Patienten zur psychoonkologischen Betreuung und Behandlung
- Kassenpatienten
 - Privatpatienten
 - Selbstzahler
9. in Form von
- Gruppentherapie
 - Einzeltherapie
 - Paartherapie
10. Ich arbeite mit onkologischen Patienten seit: _____ Jahren
11. Zertifikat Psychoonkologie durch DKG Ja / Nein
12. Die durchschnittlichen Wartezeiten auf einen Behandlungsplatz betragen bei mir Tage/Wochen/Monate
13. Ich möchte in die Psychotherapeutenliste der Webseite aufgenommen werden Ja / Nein
14. Ich bin mit der Weitergabe meiner Dienstanschrift an Kollegen und Patienten einverstanden Ja / Nein

Ich versichere, dass meine Angaben richtig sind und ich darüber informiert bin, dass der Vorstand nur über vollständig ausgefüllte Anträge entscheiden kann. Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis, dass meine Kontaktdaten an das Tumorzentrum München weitergegeben werden.

Ort, Datum

Unterschrift

Antrag bitte senden an:

Dr. med. Friederike Mumm
 Psycho-Onkologie
 Medizinische Klinik und Poliklinik III
 Klinikum der Universität München- Campus Großhadern
 Marchioninstr. 15, 81377 München