

DGZH e.V.  
Königstr. 80  
70173 Stuttgart

FAX: 0711 – 99783630

### Antrag auf Zertifikat (Zahnarzt / Arzt / Diplom-Psychologe / staatl. anerkannter Heilberuf)

**Bitte schicken Sie mir das Zertifikat „Kinderzahnärztliche Hypnose und Kommunikation“**

Als Ausbildungsnachweis übersende ich Ihnen Kopien der Teilnahmebestätigungen von den Kursen ZK1 bis ZK6, mindestens 32 Supervisionsstunden und mindestens 3 verschiedene Supervisionsberichte von Fällen, die im Rahmen der Supervision vorgestellt wurden.

**Ich bin Mitglied der DGZH und erhalte das Zertifikat kostenlos**

**Ich bin NICHT Mitglied der DGZH e.V. und zahle eine Zertifikatsgebühr in Höhe von € 170,-**  
(die Einverständniserklärung zum Datenschutz lege ich bei)

**Ich beantrage die Mitgliedschaft mit separatem Formular und erhalte das Zertifikat kostenlos**

**Ich bin Mitglied und Zahnarzt und beantrage die Aufnahme in die Online-Liste der DGZH-Hypnosezahnärzte**

<b>Vorname Name</b>	
<b>Titel</b>	
<b>Geburtsdatum</b>	
<b>Beruf</b>	
<b>PRAXISADRESSE</b>	
Praxisname	
Straße Nr	
PLZ Ort	
Telefon, Fax	
E-Mail	
Web-Adresse(URL)	
<b>Privatadresse (Bitte E-Mail-Adresse für vereinfachte Korrespondenz angeben)</b>	
Straße Nr	
PLZ Ort	
Telefon	
E-Mail	

Ich versichere, dass ich als Zahnarzt, Arzt oder Psychologe approbiert bin oder eine staatlich anerkannte Ausbildung in einem Heilberuf besitze.

**Ort, Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_