

## Verbindliche Anmeldung für das gesamte EMDR-Curriculum 2025

Dr. Christine Rost  
Seehofstr. 11  
60594 Frankfurt  
E-Mail: dr.christine.rost@web.de

Veranstaltungsort:  
**Festsaal im Frankfurter Diakonissenhaus, Cronstettenstr. 57-61 in 60322 Frankfurt**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_

Plz und Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon / Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Eingangsqualifikation:

Arzt/Ärztin     Psycholog\*in     Kinder- und Jugendlichentherapeut\*in

Approbation (Jahr): \_\_\_\_\_

(Bitte Kopie der Approbationsurkunde mitschicken)

Psychotherapeutische Ausbildung in: \_\_\_\_\_

begonnen: \_\_\_\_\_ abgeschlossen: \_\_\_\_\_

(Bitte Kopie mitschicken)

Anstellung in: \_\_\_\_\_

Für Teilnehmer\*innen ohne Approbation oder mit nicht abgeschlossener Weiterbildung:

Unterschrift Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

## **Teilnahmegebühr**

Basiskurs Teil 1a, 30.01.-01.02.2025: 690 €

Basiskurs Teil 1b, 28.-29.03.2025: 460 €

Fortgeschrittenenkurs, 13.-15.11.2025: 690 €

**Gesamt: 1.840 €**

**Die drei Teile können nur zusammen gebucht werden.**

Bei Anmeldung **im Jahr 2024 Anzahlung von 100 €**. Zahlung des Restbetrags von 1.740 € ab Januar 2024, spätestens 14 Tage vor dem ersten Seminar. Bei Anmeldung **ab Januar 2025 ist der gesamte Betrag von 1.840,00 €** bei der Anmeldung zu überweisen.

Bei Rücktritt bis 14 Tage vor Beginn des ersten Kurses werden 50 € Bearbeitungsgebühr einbehalten. Bei späterem Rücktritt kann eine Rückerstattung abzüglich 50 € nur bei weiterer Platzvergabe erfolgen. Es empfiehlt sich eine Seminarrücktrittsversicherung und evtl. Reiserücktrittsversicherung abzuschließen (z.B. HanseMerkur).

**Änderungen wegen Krankheit der Referentin oder zu geringer Teilnehmerzahl müssen vorbehalten werden.**

**Datenschutz:** Die Teilnehmerdaten werden über EDV erfasst und nur für interne Zwecke des Zentrums für Psychotraumatologie, Frankfurt verwendet.

**Mit der Anmeldung** wird im Jahr 2024 eine Anzahlung von 100 € fällig, ab 2025 der gesamte Betrag von 1.840 €.

### **Bankverbindung:**

Zentrum für Psychotraumatologie

ApoBank

IBAN: DE51 3006 0601 0206 6240 81

BIC: DAAE DE DD

Stichwort "EMDR-Curriculum 2025".

Ich erfülle die Teilnahmevoraussetzungen und erkenne sowohl die Anmeldebedingungen als auch die Datenschutzerklärung des Zentrums für Psychotraumatologie, Frankfurt an.

Eine Kopie der Approbationsurkunde (PP, KJP) bzw. der FA-Urkunde oder den Nachweis der Psychotherapieausbildung (Ärzte) füge ich bei.

Bei fehlender Approbation muss die Anmeldung vom Arbeitgeber unterschrieben werden (siehe oben).

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_