



Bitte ausgefüllt per Post oder Mail senden an:  
Deutsche Gesellschaft für Patientenwürde e.V.  
Wallstr. 11 55122 Mainz  
info@patientenwuerde.de

DEUTSCHE  
GESELLSCHAFT FÜR  
Patienten  
würde  
e.V.

**Antrag auf Zertifizierung  
zur Therapeutin/zum Therapeuten für Würdezentrierte Therapie – DGPatW**

Hiermit beantrage ich die Zertifizierung  
zur Therapeutin/zum Therapeuten für Würdezentrierte Therapie – DGPatW

Datum

---

Titel, Vorname, Name

---

Berufliche Qualifikation

---

Adresse

---

---

Folgende Voraussetzungen sind erfüllt:

Teilnahme Grundkurs WzT (Ort, Datum)

---

Teilnahme Aufbaukurs WzT (Ort, Datum)

---

Durchführung von drei Fallsupervisionen (Termine & Supervisor/Supervisorin)

1-

---

2-

---

3-

---

Nachweise (Bescheinigungen Weiterbildung, Arbeitgeber, Supervisor/Supervisorin, Berufsqualifikation) gem. Anlagen 1 + 2 der Zertifizierungsordnung vom 18. April 2021

Verpflichtungserklärung ethische Richtlinien

Das Zertifikat wird Ihnen nach Prüfung des Antrags gemäß Zertifizierungsordnung der Deutschen Gesellschaft für Patientenwürde e.V. vom 18. April 2021 an oben genannte Adresse zugestellt. Es gilt für 3 Jahre ab Ausstellungsdatum.

Ort, Datum

Unterschrift