



ZERTIFIKATSSTUDIUM SPEZIELLE SCHMERZPSYCHOTHERAPIE

der
UP Transfer GmbH in Kooperation mit dem
Institut für Verhaltenstherapie Berlin

Mail: schmerztherapie@uni-potsdam.de

an
UP Transfer GmbH
an der Universität Potsdam

Am Neuen Palais 10
14469 Potsdam

Tel.: 0331/9771081
www.up-transfer.de

Ich interessiere mich für den Ausbildungsgang und

- ☐ melde mich hiermit verbindlich für das gesamte Curriculum an. Start (Monat/Jahr) _____
- ☐ melde mich hiermit verbindlich für das Einzelmodul _____ von Freitag 26.04.2024: 09:00 – 16:00 Uhr bis Samstag 27.04.2024: 09:00 – 16:00 Uhr an.
- ☐ melde mich hiermit verbindlich für den Block / das Wochenende _____ an.
- ☐ melde mich hiermit verbindlich für folgendes Zusatzmodul an
 - ☐ ZM1: Stress und Schmerz
 - ☐ ZM2: Körperliche Aktivität gegen Schmerz: Bewegungstherapie bei Rückenschmerzen an.
 - ☐ ZM3: Schmerzpsychosomatik bei Patient*innen mit Migrationshintergrund

Titel _____
Name, Vorname _____
Straße _____
PLZ / Ort _____
Fon/Mobil/Fax _____
E-Mail _____
Beruflich tätig als _____
Tätig bei _____
Hochschulabschluss als _____

(Datum, Unterschrift)

Rechnungs-
anschrift,
falls abweichend _____
