

# IN HOPE

Praxis & Ausbildungsinstitut  
für

## PSYCHO-HOLISTIK

Anne Lindenberg & Team

# ANTRÄGE UND FORMULARE

Schleißheimer Str. 186  
80797 München

Tel. 089/30 28 58

[lindenberg@psycho-holistik.de](mailto:lindenberg@psycho-holistik.de)

[www.psycho-holistik.de](http://www.psycho-holistik.de)

**AUSBILDUNGSANTRAG**  
zur  
**Kompakt-Ausbildung in Psycho-Holistik**

INHOPE • Schleißheimer Str. 186 • 80797 München • Tel. 089/302858 • lindenber@psycho-holistik.de

Name <input style="width: 95%;" type="text"/>	Vorname(n) <input style="width: 95%;" type="text"/>
PLZ, Ort <input style="width: 95%;" type="text"/>	Straße, Hausnummer <input style="width: 95%;" type="text"/>
Erreichbarkeit: Telefon und Email <input style="width: 95%;" type="text"/>	

Geboren am <input style="width: 95%;" type="text"/>	in <input style="width: 95%;" type="text"/>
Gegenwärtige berufliche Tätigkeit <input style="width: 95%; height: 40px;" type="text"/>	

Hiermit beantrage ich meine Aufnahme in die Kompakt-Ausbildung  
in Psycho-Holistik mit Start im

<b>Anlagen</b>	
2 x Vertrag (F)*	<input type="checkbox"/>
1 Kopie Personalausweis	<input type="checkbox"/>
1 Kopie Teilnahmebestätigung vom Schnuppertag (F)	<input type="checkbox"/>
1 Beruflicher Werdegang in Stichworten	<input type="checkbox"/>
1 Formular zum persönlichen / familiären Hintergrund (F)	<input type="checkbox"/>
1 Beschreibung der Motivation für und Erwartung an die Ausbildung	<input style="width: 100px;" type="text"/>
1 Beschreibung bisheriger Selbsterfahrung, Eigentherapie, Supervision	<input type="checkbox"/>
1 Gesundheitsattest vom Arzt	<input type="checkbox"/>
1 Gesundheitserklärung (F)	<input type="checkbox"/>
Sonstige Anlagen	<input style="width: 100px;" type="text" value="Blätter"/>

(F)\* = Formular vom INHOPE

<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
Ort, Datum	Unterschrift

**VERTRAG**  
zur  
**Kompakt-Ausbildung in Psycho-Holistik**

IN HOPE • Schleißheimer Str. 186 • 80797 München • Tel. 089/302858 • lindenber@psycho-holistik.de

Name <input type="text"/>	Vorname(n) <input type="text"/>
PLZ, Ort <input type="text"/>	Straße, Hausnummer <input type="text"/>
Erreichbarkeit: Telefon und Email <input type="text"/>	

**Hiermit schließe ich mit dem IN HOPE folgenden Vertrag:**  
Ich nehme teil an der Kompakt-Ausbildung in Psycho-Holistik  
der Ausschreibung entsprechend mit Start im Mai 2008  
mit dem Abschluss:

- Bescheinigung
- Zertifikat

  

**Kosten:**

Die Gesamtkosten für die Ausbildung belaufen sich (für 192 Std.) auf	€ 3.840,-
Für die Zertifizierung kommen Supervisionskosten hinzu (für 28 Std) in Höhe von	€ 560,-
Einmalig kommt hinzu: Prüfung und Ausstellung des Zertifikats	€ 100,-
(Dieser Betrag wird fällig zwei Wochen vor Beginn des letzten Ausbildungsseminars)	

**Zahlungsart**

<b>Ratenzahlung:</b>	24 monatliche Raten à	€ 176,-	<input type="checkbox"/>
Mit Supervision:	24 monatliche Raten à	€ 201,70	<input type="checkbox"/>

**Für die Bildungsprämie:**

<b>Zwei Raten:</b>	Zu Beginn des 1. und des 2. Jahres je	€ 1.920,-	<input type="checkbox"/>
Mit Supervision:	Zu Beginn des 1. und des 2. Jahres je	€ 2.200,-	<input type="checkbox"/>

<b>Ermäßigung:</b>	Bei einmaliger Zahlung zu Beginn	€ 3.474,-	<input type="checkbox"/>
Mit Supervision:	Bei einmaliger Zahlung zu Beginn	€ 3.978,-	<input type="checkbox"/>

**Bestandteile dieses Vertrages sind:**

Ausbildungsantrag mit den Anlagen • Erklärung zur Gesundheit • Spielregeln des IN HOPE

<b>Teilnehmer/in</b> <input type="text"/>	
Ort, Datum	Unterschrift
<b>Für das IN HOPE</b> <input type="text"/>	
Ort, Datum	Unterschrift

**VERTRAG**  
zur  
**Kompakt-Ausbildung in Psycho-Holistik**

IN HOPE • Schleißheimer Str. 186 • 80797 München • Tel. 089/302858 • lindenber@psycho-holistik.de

Name	Vorname(n)
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
PLZ, Ort	Straße, Hausnummer
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Erreichbarkeit: Telefon und Email	
<input style="width: 95%;" type="text"/>	

**Hiermit schließe ich mit dem IN HOPE folgenden Vertrag:**  
Ich nehme teil an der Kompakt-Ausbildung in Psycho-Holistik  
der Ausschreibung entsprechend mit Start im Mai 2008  
mit dem Abschluss:

- Bescheinigung
- Zertifikat

  

**Kosten:**

Die Gesamtkosten für die Ausbildung belaufen sich (für 192 Std.) auf	€ 3.840,-
Für die Zertifizierung kommen Supervisionskosten hinzu (für 28 Std) in Höhe von	€ 560,-
Einmalig kommt hinzu: Prüfung und Ausstellung des Zertifikats	€ 100,-

(Dieser Betrag wird fällig zwei Wochen vor Beginn des letzten Ausbildungsseminars)

**Zahlungsart**

<b>Ratenzahlung:</b>	24 monatliche Raten à	€ 176,-	<input type="checkbox"/>
Mit Supervision:	24 monatliche Raten à	€ 201,70	<input type="checkbox"/>

**Für die Bildungsprämie:**

<b>Zwei Raten:</b>	Zu Beginn des 1. und des 2. Jahres je	€ 1.920,-	<input type="checkbox"/>
Mit Supervision:	Zu Beginn des 1. und des 2. Jahres je	€ 2.200,-	<input type="checkbox"/>

<b>Ermäßigung:</b>	Bei einmaliger Zahlung zu Beginn	€ 3.474,-	<input type="checkbox"/>
Mit Supervision:	Bei einmaliger Zahlung zu Beginn	€ 3.978,-	<input type="checkbox"/>

**Bestandteile dieses Vertrages sind:**

Ausbildungsantrag mit den Anlagen • Erklärung zur Gesundheit • Spielregeln des IN HOPE

<b>Teilnehmer/in</b>	
<input style="width: 95%;" type="text"/>	
Ort, Datum	Unterschrift
<b>Für das IN HOPE</b>	
<input style="width: 95%;" type="text"/>	
Ort, Datum	Unterschrift

ERKLÄRUNG ZUR GESUNDHEIT  
zur  
Kompakt-Ausbildung in Psycho-Holistik

IN HOPE • Schleißheimer Str. 186 • 80797 München • Tel. 089/302858 • lindenbergl@psycho-holistik.de

Name	Vorname(n)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ, Ort	Straße, Hausnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Erreichbarkeit: Telefon und Email	
<input type="text"/>	

Hiermit erkläre ich:

Mein Gesundheitszustand läßt meine Teilnahme an Körperübungen und Spielen zu

Mein Gesundheitszustand weist Einschränkungen auf, die ich in der Anlage erläutere

Ich habe bisher keine psychiatrische Behandlung bei einem Arzt oder in einer Klinik erhalten und nehme keine psychopharmazeutischen Medikamente ein

Ich bin oder war in psychiatrischer Behandlung bei einem Arzt oder in einer Klinik (auch psychosomatischen). Die Erläuterung liegt bei.

Ich informiere die Leitung der Kompakt-Ausbildung umgehend schriftlich, falls ich zwischen Vertragsabschluß und dem Ende der Ausbildung psychiatrische Behandlung und / oder psychopharmazeutische Medikamente erhalte oder in eine körperliche, psychische oder durch Lebensumstände verursachte Krise gerate

Mir ist bewusst, dass die Kompakt-Ausbildung keine Psychotherapie ist und eine solche nicht ersetzt

Die Anlage besteht aus (bitte Anzahl eintragen) Blättern

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort, Datum	Unterschrift

ANGABEN ZUM PERSÖNLICHEN U. FAMILIÄREN HINTERGRUND  
zur

Kompakt-Ausbildung in Psycho-Holistik

IN HOPE • Schleißheimer Str. 186 • 80797 München • Tel. 089/302858 • lindenber@psycho-holistik.de

Name	Vorname(n)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ, Ort	Straße, Hausnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Erreichbarkeit: Telefon und Email	
<input type="text"/>	

Bitte fertigen Sie jeweils ein Blatt an zu

- Ihrer **Mutter** und deren Eltern (Namen, Vornamen, Geburtsdaten, evtl. Sterbedaten, Kinder)
- Ihrem **Vater** und dessen Eltern (Namen, Vornamen, Geburtsdaten, evtl. Sterbedaten, Kinder)
- Ihrer **eigenen Geschichte** (Name, Vorname, Geburtsdatum, Geschwister mit Geburtsdatum)

Tragen Sie die Ziffern entsprechend eventueller Besonderheiten ein, die zutreffen (soweit Ihnen bekannt) und erläutern Sie jeden Punkt kurz.

**Besonderheiten sind:**

1. tragische oder vorzeitige Todesfälle
2. Fehl- und Totgeburten, Abtreibungen
3. besonderes Schicksal, z.B. Adel, Berühmtheit, Reichtum, Macht
4. Täterschaft (durch die andere Personen zu Schaden kamen)
5. Opfer von Verbrechen
6. unfreiwillige und leichtfertige Trennungen
7. Ausschlüsse aus der Familie, Auswanderungen
8. Besonderheiten der Schwangerschaft und Geburt, Unfälle, Operationen, schwere Erkrankungen
9. psychische Beeinträchtigungen und besondere psychische Belastungen
10. deutliche Armut oder Verarmung und andere Schicksalsschläge

**Datenschutz und Schweigepflicht:**

Ihre Angaben unterliegen dem Datenschutz. Nur die Leitung der Ausbildung und die Verwaltung darf sie einsehen, es sei denn, Sie geben uns eine ausdrückliche Erlaubnis zur Einsicht durch weitere Personen. Verwaltung und Leitung unterliegen der Schweigepflicht. Ihre Unterlagen werden so verwahrt, dass sie vor der Einsicht Dritter geschützt sind.

Ich lege  Blätter zu meinem familiären und persönlichen Hintergrund bei.