



# ZERTIFIKATSSTUDIUM SPEZIELLE SCHMERZPSYCHOTHERAPIE

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

Mail: [schmerztherapie@uni-potsdam.de](mailto:schmerztherapie@uni-potsdam.de)

an  
**UP Transfer GmbH**  
an der Universität Potsdam

Am Neuen Palais 10  
14469 Potsdam

Tel.: 0331/9771218  
[www.up-transfer.de](http://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  
\_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_