PTK Bayern

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Bitte hier Barcode-Etikett mit Name und EFN-Nummer einkleben oder ggf. Mitgliedsnummer **und** Name

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|   |   |   |   |   |

 |

Psychotherapeutenkammer Bayern

Postfach 151506
80049 München

|  |  |
| --- | --- |
| Jahresübersicht

|  |
| --- |
| [ ]  Ich reiche hiermit meine Jahresübersicht ein (bitte Beiblatt verwenden). |

 |
| Beantragung eines Fortbildungszertifikats

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ich bitte um Zustellung eine Fortbildungszertifikats zur Einreichung[ ]  bei der Kassenärztlichen Vereinigung* Ich habe eine KV-Zulassung/Ermächtigung seit:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |   |  |   |   |  |   |   |   |   |

[ ]  bei meinem\*meiner Arbeitgeber\*in (Krankenhaus nach § 108 SGB V) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| [ ]  Ich habe mindestens 250 Fortbildungspunkte erworben und beantrage die Ausstellung eines Fortbildungszertifikats für eigene Zwecke |

 |

 |

  |

|  |
| --- |
| Bitte beachten Sie: Für eine kostenfreie Bearbeitung Ihrer Fortbildungspunkte senden Sie uns bitte Ihre Jahresübersicht jährlich zu. Der Nachweiszeitraum umfasst 12 Monate. Danach haben Sie noch 3 Monate Zeit, diese einzureichen.Bei Jahresübersichten, die nach diesen 3 Monaten eingehen, sowie bei Teilnahmebescheinigungen von Veranstaltungen, die vor mehr als 15 Monaten stattgefunden haben, wird pro Jahr eine Bearbeitungsgebühr in Höhe von 30,00 € fällig. |
| Beispiel:Jahresübersicht 01.01.2020 – 31.12.2020Für eine gebührenfreie Bearbeitung muss die Jahresübersicht bis spätestens 31.03.2021 bei uns eingehen.Im Falle einer kurzfristigen Beantragung einer Bescheinigung durch die Kammer (= weniger als 3 Monate vor Ende des individuellen Fortbildungszeitraumes) zur Vorlage bei der Kassenärztlichen Vereinigung /dem\*der Arbeitgeber\*in wird eine Gebühr in Höhe von 30,00 € erhoben. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Ort / Datum |  | Unterschrift  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Monat Jahr |  | Monat Jahr |
| Eingereichter Zeitraum von |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |   |  |   |   |   |   |

 | bis einschließlich |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   |   |  |   |   |   |   |

 |

 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Bitte **Nachweise** zu den einzelnen Veranstaltungen **in** **Kopie** beilegen.Die **Kategorien** können Sie zur jeweiligen Veranstaltung selbst eintragen.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fortbildungsart /Kategorie | Datumvon ... bis ... | Veranstaltungs- bzw. Akkreditierungsnummer / Thema | Punkte |
| E | Selbststudium durch Fachliteratur/Lehrmittel |      |
|      |       |       |      |
|      |       |       |      |
|      |       |       |      |
|      |       |       |      |
|      |       |       |      |
|      |       |       |      |
|      |       |       |      |
|      |       |       |      |
|      |       |       |      |
|      |       |       |      |
|      |       |       |      |
|      |       |       |      |
|      |       |       |      |
|      |       |       |      |
|      |       |       |      |
|      |       |       |      |
|      |       |       |      |
|      |       |       |      |
|      |       |       |      |
|  |  |
|  | Summe Punkte |       |

  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Ort / Datum |  | Unterschrift  |