bitte zurück an

PTK Bayern

Psychotherapeutenkammer Bayern

Postfach 151506
80049 München

Bitte beachten Sie, dass die Bearbeitung von Anträgen auf Anerkennung von Veranstaltungen nach der Gebührensatzung der PTK Bayern **kostenpflichtig** ist, soweit für die Veranstaltung Teilnahmegebühren erhoben werden oder die Veranstaltung bezuschusst wird.

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  ErstantragVeranstaltungsnummer, wird von der Psychotherapeutenkammer vergeben:

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

  |
|  WiederholungsantragVeranstaltungsnummer für bereits **anerkannte, identische** Veranstaltung:

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

  |

 |
| **Bitte tragen Sie die erfragten Angaben auch im Wiederholungsfall ein** bzw. kreuzen Sie bitte gegebenenfalls die entsprechenden linken Kästchen an:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | **Veranstalter\*in** (bitte Benutzerkennung angeben)Institut, Dozent\*in, Supervisor\*in,SE-Leiter\*inStraße, PLZ Ort |

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

                |
| Akkreditierungsnummer |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 3 | 9 | 0 |  | 1 |  |   |   |   |   |   |

 |
| Verantwortliche\*r Antragssteller\*inVor- und Nachname, Straße, PLZ Ort |            |
| Mitgliedsnummer, falls vorhanden |

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

 |
| Ansprechpartner\*in |       |
| Telefon | 1.       2.       |
| Fax |       |
| E-Mail |       |

 |
|

|  |  |
| --- | --- |
|  | Bittehier die **Veranstaltungsdurchführenden** (Dozierende, Supervisoren\*innen, SE-Leiter\*innen) bzw. Mitglieder von **reflexiven Gruppen** nennen:  |
| Vor- und Nachnameggf. ein gesondertes Blatt verwenden |            |

 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Veranstaltung**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 2 | Titel der Veranstaltung |       |
| Inhalt der Veranstaltung in Stichpunkten bzw. Schlüsselbegriffen |  |
| Ort der VeranstaltungStraße mit Hausnummer, PLZ, Ort, Bundesland |       |
| Anzahl der voraussichtlichen Teilnehmer\*innen |       |
| Veranstaltung kostenpflichtig Veranstaltung bezuschusstRollstuhlgerecht |  ja  nein ja  nein ja  nein |
| Veröffentlichungim Veranstaltungskalender der PTK Bayern gewünscht |  ja  nein |
| wenn ja: Homepage, E-Mail-Adresse, Telefon      |

 |
| **Termine**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 3 | Art der Veranstaltung |  Einzelveranstaltungen zusammenhängende Veranstaltungen mit mehreren Terminen |
| TurnusAngabe nur bei regelmäßigen Gruppen erforderlich |  wöchentlich monatlich sonstiges, bitte nennen:       |
|

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Datum | Beginn | Ende | Pause [min] | Lernerfolgskontrolle  |
|       |       |       |       |  ja  nein |
|       |       |       |       |  ja  nein |
|  |  |  |  |  ja  nein |
|  |  |  |  |  ja  nein |
|  |  |  |  |  ja  nein |
|  |  |  |  |  ja  nein |
|  |  |  |  |  ja  nein |
|  |  |  |  |  ja  nein |
|  |  |  |  |  ja  nein |

 |

 |
| **Kategorie** der Veranstaltung gemäß Anlage 1 der Fortbildungsordnung

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 4 |  | **A** Vortrag und Diskussion; FoBi-Punkte für Teilnehmer\*innen |
|  | **B** Kongresse/Tagungen/Symposien im In- und Ausland; FoBi-Punkte für Teilnehmer\*innen |
|  | **C** Seminare, Workshops, Kurse; FoBi-Punkte für Teilnehmer\*innen |
|  | **C** Qualitätszirkel; FoBi-Punkte für Teilnehmer\*innen |
|  | **C** Intervision; FoBi-Punkte für Teilnehmer\*innen |
|  | **C** Supervision; FoBi-Punkte für Teilnehmer\*innen  |
|  | **C** Selbsterfahrung; FoBi-Punkte für Teilnehmer\*innen |
|  | **C** Peer Review; FoBi-Punkte für Teilnehmer\*innen |
|  | **C** Balintgruppe; FoBi-Punkte für Teilnehmer\*innen |
|  | **C** Interaktionsbezogene Fallarbeit; FoBi-Punkte für Teilnehmer\*innen |
|  | **C** Kasuistisch- technisches Seminar; FoBi-Punkte für Teilnehmer\*innen |
|  | **C** Fallkonferenzen; FoBi-Punkte für Teilnehmer\*innen |
|  | **D** Fortbildungsbeiträge in Printmedien mit nachgewiesener Qualifizierung durch eine Lernerfolgskontrolle in digitaler bzw. schriftl. Form; FoBi-Punkte für Teilnehmer\*innen |
|  | **D** Fortbildungsbeiträge als elektronisch verfügbare Version mit nachgewiesener Qualifizierung durch eine Lernerfolgskontrolle in digitaler bzw. schriftl. Form; FoBi-Punkte für Teilnehmer\*innen |
|  | **F** Autoren\*innen-, Dozenten\*innen-, Referenten\*innen- oder Lehrtätigkeit; FoBi-Punkte für Dozenten\*innen, Referenten\*innen oder Lehrtätige |
|  | **G** Hospitationen in psychotherapeutischen Einrichtungen; FoBi-Punkte für Teilnehmer\*innen |
|  |  | **H** Kammerseitig geregelte curriculare Fortbildungen; FoBi-Punkte für Teilnehmer\*innen |
|  |  | **H** Kammerseitig geregelte curriculare Weiterbildungen;FoBi-Punkte für Weiterbildungsteilnehmer\*innen |
|  |  | **I** Tutoriell unterstützte Online-Fortbildungsmaßnahme mit nachgewiesener Qualifizierung durch eine Lernerfolgskontrolle in digitaler bzw. schriftlicher Form; FoBi-Punkte für Teilnehmer\*innen |
|  |  | **K** Blended-Learning-Fortbildungsmaßnahme in Form einer inhaltlich und didaktisch miteinander verzahnten Kombination aus tutoriell unterstützten Online-Lernmodulen und Präsenzveranstaltungen;FoBi-Punkte für Teilnehmer\*innen |

 |
| **Gegenstandsbereich** gemäß § 2 der Fortbildungsordnung

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 5 |  | Auf die psychotherapeutische Tätigkeit bezogen siehe Punkt 6: Kriterien der Inhalte |
|  | Auf berufsrelevante Nachbarwissenschaften bezogen, bitte nennen:      |
|  | Speziell auf die Ausübung des psychotherapeutischen Berufs ausgerichtete, nicht-psychotherapeutische Inhalte, bitte nennen:      |

 |
| **Kriterien der Inhalte** gemäß § 5 der Fortbildungsordnung

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 6 |  | Kriterien gemäß § 5 der Fortbildungsordnung |
|  |  |  ja  nein |

 |
| **Wurde für diese oder eine ähnliche Veranstaltung bei einer anderen Heilberufekammer ein Antrag auf Anerkennung gestellt?**

|  |  |
| --- | --- |
| 7 |  |
|  | wenn ja: bei welcher Kammer? |       |
|  | Wurde Anerkennung erteilt?  ja  nein |

 |
| **Kriterien für Supervisoren bzw. Selbsterfahrungsleiter** gemäß Anlage 2 Ziffer 2 der Fortbildungsordnung

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 8 |  | Kriterien gemäß Anlage 2 Ziffer 2 der Fortbildungsordnung |

Als Nachweis muss die Bescheinigung der Anerkennung bzw. Beauftragung als Supervisor\*in bzw. Selbsterfahrungsleiter\*in durch eine Fachgesellschaft / ein Institut / einen Berufsverband als Anlage geschickt werden. |
| Der\*die Unterzeichner\*in bestätigt mit seiner\*ihrer Unterschrift die Richtigkeit aller Angaben und dass er\*sie die Inhalte der Fortbildungsordnung kennt und anerkennt. |
|       |  |  |
| Ort / Datum |  | Unterschrift Antragsteller\*in / Stempel |