

für Fortbildungsträger, Dozenten, Supervisoren, SE-Leiter
gemäß Fortbildungsrichtlinie
bitte zurück an

PTK Bayern
Bayerische Landeskammer der
Psychologischen Psychotherapeuten und der
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
Postfach 151506
80049 München

Erstantrag

Wiederholungsantrag

Akkreditierungsnummer wird von der
Psychotherapeutenkammer vergeben:

3 9 0 1

Bei **Wiederholungsantrag** einer bereits
ausgesprochenen Akkreditierung bitte die
alte Akkreditierungsnummer eintragen:

3 9 0 1

Antrag auf Akkreditierung als

- Fortbildungsträger nach FoBiRiLi, Punkt 3.3
- Dozent nach FoBiRiLi, Punkt 4.2
- Supervisor nach FoBiRiLi, Punkt 4.3
- SE-Leiter nach FoBiRiLi, Punkt 4.3

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

1

Veranstalter

Institut, Dozent, Supervisor,
SE-Leiter, Straße, PLZ Ort

Verantwortlicher Antragssteller

Name,
Straße, PLZ Ort

Mitgliedsnummer

Ansprechpartner

Telefon

1.

2.

Fax

E-Mail

2

Kriterien für Fortbildungsträger (gemäß FoBiRiLi – Punkt 3.3)

- 3.2 Fortlaufende FoBi Veranstaltungen während der letzten drei Jahre nach den Standards der FoBiRiLi Punkt 4.1 bis 4.3 (Psychotherapieverfahren, Dozenten, Supervisoren und SE-Leiter)
- 3.3 Durchführung von Ausbildungsveranstaltungen nach dem PsychThG

Die angekreuzten Angaben müssen durch Anlagen in Kopie plausibel gemacht werden.

Die angekreuzten Angaben müssen durch Anlagen in Kopie plausibel gemacht werden.

3 Standards für Dozenten (gemäß FoBiRiLi – Punkt 4.2)

Es muss 4.2.1 entweder allein **UND/ODER** 4.2.2 **ODER** 4.2.3 **UND ZUSÄTZLICH** 4.2.4 mit 4.2.5 erfüllt sein.

- | | | |
|--------------------------|-------|--|
| <input type="checkbox"/> | 4.2.1 | Approbation im Sinne des PsychThG <i>und/oder</i> |
| <input type="checkbox"/> | 4.2.2 | Klinische Erfahrung (Nachweis ausreichender Fähigkeiten und Fertigkeiten) <i>oder</i> |
| <input type="checkbox"/> | 4.2.3 | Nachweis ausreichender Fähigkeiten und Erfahrungen in dem gelehrten Fachthema <i>und</i> |
| <input type="checkbox"/> | 4.2.4 | Selbstverpflichtung zur Produktneutralität <i>und</i> |
| <input type="checkbox"/> | 4.2.5 | Persönliche Eignung |

4 Kriterien für Supervisoren bzw. Selbsterfahrungsleiter

(gemäß FoBiRiLi Punkt – 4.3 ff)

- | | | |
|--------------------------|-------|---|
| <input type="checkbox"/> | 4.3.1 | Approbation im Sinne des PsychThG <i>und/oder</i>
Nachweis äquivalenter ärztlicher Qualifikation |
| <input type="checkbox"/> | 4.3.2 | Anerkennung bzw. Beauftragung als Supervisor / Selbsterfahrungsleiter durch folgende Fachgesellschaft / Institut / Berufsverband: |
| <input type="checkbox"/> | 4.3.3 | Nachweis Fähigkeiten und Fertigkeiten im supervidierten Spezialgebiet |
| <input type="checkbox"/> | 4.3.4 | Nachweis zur fünfjährigen Berufstätigkeit und dreijährigen Lehrtätigkeit |
| <input type="checkbox"/> | 4.3.5 | Erklärung zur eigenen fortlaufenden heilkundlich-psychotherapeutischen Tätigkeit (siehe Passus vor der Unterschrift) |
| <input type="checkbox"/> | 4.3.6 | Nachweis eigener Erfahrung als Supervisor (Unterschriebene Erklärung bitte beifügen) |
| <input type="checkbox"/> | 4.3.7 | Supervisor / Selbsterfahrungsleiter ist im Rahmen der staatlich anerkannten Ausbildung anerkannter Supervisor bei: |
| <input type="checkbox"/> | 4.3.8 | Persönliche Eignung |

Der Unterzeichner bestätigt mit seiner Unterschrift die Richtigkeit seiner Angaben und dass er die Inhalte der Fortbildungsrichtlinie kennt und anerkennt.

Ort / Datum

Unterschrift Antragsteller / Stempel