

# Antrag auf Anerkennung von Fortbildungsveranstaltungen

gemäß der Fortbildungsordnung der PTK Bayern

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.

Erstantrag

Veranstaltungsnummer, wird von der Psychotherapeutenkammer vergeben:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Wiederholungsantrag

Veranstaltungsnummer 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\*in

Straße, PLZ Ort

Akkreditierungsnummer

3	9	0
---	---	---

1
---

--	--	--	--	--	--

Verantwortliche\*r Antrag-  
steller\*in

Vor- und Nachname,  
Straße, PLZ Ort

Mitgliedsnummer, falls vorhanden

--	--	--	--	--	--

Ansprechpartner\*in

Telefon

1.

2.

Fax

E-Mail

Bitte hier die **Veranstaltungsdurchführenden**  
 (Dozierende, Supervisoren\*innen, SE-Leiter\*innen)nennen:

Vor- und Nachname

ggf. ein gesondertes Blatt  
 verwenden

**Veranstaltung**

**2** Titel der Veranstaltung

Inhalt der Veranstaltung  
 in Stichpunkten bzw.  
 Schlüsselbegriffen

Ort der Veranstaltung  
 Straße mit Hausnummer,  
 PLZ, Ort,  
 Bundesland

Anzahl der voraussichtlichen  
 Teilnehmer\*innen

Veranstaltung kostenpflichtig  ja  nein

Veranstaltung bezuschusst  ja  nein

Rollstuhlgerecht  ja  nein

Veröffentlichung  ja  nein  
 im Veranstaltungskalender der  
 PTK Bayern gewünscht

wenn ja: Homepage, E-Mail-Adresse, Telefon

**Termine**

**3** Art der Veranstaltung  Einzelveranstaltungen  
 zusammenhängende Veranstaltungen mit  
 mehreren Terminen

Turnus  wöchentlich  
 Angabe nur bei regelmäßigen  
 Gruppen erforderlich  monatlich  
 sonstiges, bitte nennen:

Datum	Beginn	Ende	Pause [min]	Lernerfolgs- kontrolle
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

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

**4**

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

Wurde Anerkennung erteilt?

ja  nein

wenn ja: bei welcher Kammer?

**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.

**Kriterien für Interventionsgruppen und Qualitätszirkel**  
gemäß Anlage 2 Ziffer 3 der Fortbildungsordnung

9

Kriterien gemäß Anlage 2 Ziffer 3 der Fortbildungsordnung

Der/die verantwortliche Antragssteller\*in versichert, dass Interventionsgruppen und Qualitätszirkel aus mindestens drei approbierten Personen bestehen.

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