

für Fortbildungsträger*innen, Dozenten*innen, Supervisoren*innen, SE-Leiter*innen
 gemäß Fortbildungsordnung
 bitte zurück an

PTK Bayern
 Psychotherapeutenkammer Bayern
 Postfach 151506
 80049 München

Erstantrag	Wiederholungsantrag																				
Akkreditierungsnummer wird von der Psychotherapeutenkammer vergeben:	Bei Wiederholungsantrag einer bereits ausgesprochenen Akkreditierung bitte die alte Akkreditierungsnummer eintragen:																				
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;">3</td><td style="width: 20px;">9</td><td style="width: 20px;">0</td><td style="width: 20px;">1</td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td> </tr> </table>	3	9	0	1							<table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;">3</td><td style="width: 20px;">9</td><td style="width: 20px;">0</td><td style="width: 20px;">1</td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td> </tr> </table>	3	9	0	1						
3	9	0	1																		
3	9	0	1																		
Antrag auf Akkreditierung als																					
<input type="checkbox"/> Fortbildungsträger*in nach § 6 der Fortbildungsordnung																					
<input type="checkbox"/> Dozent*in nach Anlage 2 Ziffer 1 der Fortbildungsordnung																					
<input type="checkbox"/> Supervisor*in nach Anlage 2 Ziffer 2 der Fortbildungsordnung																					
<input type="checkbox"/> SE-Leiter*in nach Anlage 2 Ziffer 2 der Fortbildungsordnung																					
Bitte tragen Sie die erfragten Angaben auch im Wiederholungsfall ein bzw. kreuzen Sie bitte gegebenenfalls die entsprechenden linken Kästchen an:																					
1 Veranstalter*in Institut, Dozent*in, Supervisor*in, SE-Leiter*in, Straße, PLZ Ort																					
Verantwortliche*r Antragssteller*in Name, Straße, PLZ Ort																					
Mitgliedsnummer	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td> </tr> </table>																				
Ansprechpartner*in																					
Telefon	1. 2.																				
Fax																					
E-Mail																					
Homepage																					

2 Kriterien für Fortbildungsträger*innen (gemäß § 6 Abs. 1 FBO)

	Fortlaufende Fortbildungsveranstaltungen während der letzten drei Jahre nach den Standards des § 5 der Fortbildungsordnung (Psychotherapieverfahren, Dozenten*innen, Supervisoren*innen und SE-Leiter*innen)
--	--

	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*innen (gemäß Anlage 2 und § 5 f der Fortbildungsordnung)

Anlage 2 Zif. 1 A	Approbation im Sinne des PsychThG <i>und/oder</i>
Anlage 2 Zif. 1 B	Nachweis ausreichender Fähigkeiten und Erfahrungen in dem gelehrten Fachthema <i>und</i>
§ 5 Abs. 3 S. 2/ Anlage 2 Ziffer 1 C	Selbstverpflichtung zur Produktneutralität <i>und</i>
Anlage 2 Zif. 1 D	Persönliche Eignung

4 Kriterien für Supervisoren*innen bzw. Selbsterfahrungsleiter*innen

(gemäß Anlage 2 Ziffer 2 der Fortbildungsordnung)

Anlage 2 Ziffer 2 A	Approbation im Sinne des PsychThG <i>und/oder</i> Nachweis äquivalenter ärztlicher Qualifikation
Anlage 2 Ziffer 2 B & C	Anerkennung bzw. Beauftragung als Supervisor*in / Selbsterfahrungsleiter*in durch folgende Fachgesellschaft / Institut / Berufsverband:
Anlage 2 Ziffer 2 C	Nachweis Fähigkeiten und Fertigkeiten im supervidierten Spezialgebiet
Anlage 2 Ziffer 2 D	Nachweis zur fünfjährigen Berufstätigkeit und dreijährigen Lehrtätigkeit
	Erklärung zur eigenen fortlaufenden heilkundlich-psychothera- peutischen Tätigkeit (siehe Passus vor der Unterschrift)
Anlage 2 Ziffer 2 F	Nachweis eigener Erfahrung als Supervisor*in (Unterschriebene Erklärung bitte beifügen)
Anlage 2 Ziffer 2 B	Supervisor*in / Selbsterfahrungsleiter*in ist im Rahmen der staatlich anerkannten Ausbildung anerkannte*r Supervisor*in bei:
Anlage 2 Ziffer 2 G	Persönliche Eignung

Der*die Unterzeichner*in bestätigt mit seiner*ihrer Unterschrift die Richtigkeit seiner*ihrer Angaben und dass er*sie die Inhalte der Fortbildungsordnung kennt und anerkennt.

Ort / Datum

Unterschrift Antragsteller*in / Stempel