bitte zurück an

PTK Bayern

Psychotherapeutenkammer Bayern

Postfach 151506
80049 München

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  ErstantragAkkreditierungsnummer wird von der Psychotherapeutenkammer vergeben:

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

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

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

 |

 |
| Antrag auf Akkreditierung als

|  |  |
| --- | --- |
|  | Fortbildungsträger\*in nach § 6 der Fortbildungsordnung |
|  | Dozent\*in nach Anlage 2 Ziffer 1 der Fortbildungsordnung |
|  | Supervisor\*in nach Anlage 2 Ziffer 2 der Fortbildungsordnung |
|  | 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\*inName, Straße, PLZ Ort |  |
|  | Mitgliedsnummer |

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

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

 |  |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 4 | **Kriterien für Supervisoren\*innen bzw. Selbsterfahrungsleiter\*innen**(gemäß Anlage 2 Ziffer 2 der Fortbildungsordnung) |  |
|  | Anlage 2Ziffer 2 A | Approbation im Sinne des PsychThG *und/oder* Nachweis äquivalenter ärztlicher Qualifikation |
|  | Anlage 2Ziffer 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-psychothera­peutischen Tätigkeit (siehe Passus vor der Unterschrift) |
|  | Anlage 2Ziffer 2 F | Nachweis eigener Erfahrung als Supervisor\*in (Unterschriebene Erklärung bitte beifügen) |
|  | Anlage 2Ziffer 2 B | Supervisor\*in / Selbsterfahrungsleiter\*in ist im Rahmen der staatlich anerkannten Ausbildung anerkannte\*r Supervisor\*in bei: |
|  | Anlage 2Ziffer 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 |