bitte zurück an

PTK Bayern

Psychotherapeutenkammer Bayern

Postfach 151506  
80049 München

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Erstantrag  Akkreditierungsnummer wird von der  Psychotherapeutenkammer vergeben:   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 3 | 9 | 0 |  | 1 |  |  |  |  |  |  | | Wiederholungsantrag  Bei **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\*in  Name,  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 2 Zif. 1 A | Approbation im Sinne des PsychThG *und/oder* | |  | Anlage 2 Zif. 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 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 *und/oder* 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-psychothera­peutischen 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 | |