

Akkreditierung

Schritt 1

I. Angaben zum Anbieter der Fortbildungsveranstaltung

Antragsteller/Organisation: *	<input type="text"/>	
Ansprechpartner: *	<input type="text"/>	
Straße, Hsnr: *	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ, Ort: *	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tel.: *	<input type="text"/>	
Fax:	<input type="text"/>	
E-Mail:	<input type="text"/>	
Internet:	<input type="text"/>	

Die mit einem Sternchen (*) gekennzeichneten Felder sind Pflichtfelder.

Akkreditierung

Schritt 2

II. Angaben zur Fortbildungsveranstaltung - Inhalt

Kategorie gem. Fortbildungsordnung PKSH: *

Titel der Veranstaltung: *

Inhalte der Veranstaltung (kurze Zusammenfassung, ggf. in Stichworten): *

Angaben zur Wissenschaftlichkeit des Fortbildungsinhalts:

Anerkanntes Verfahren/Methode gem. Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (WBP): *

Wenn ja, welches Verfahren/welche Methode (auch bei Antrag auf Supervisor):

oder

wissenschaftliche Begründetheit: *

Wenn ja, Begründetheit:

- unter Berücksichtigung des wissenschaftlichen Sach- und Fachverständes, der Fachliteratur und der Lehre und Forschung
- unter Einbeziehung der internationalen Standards und wissenschaftlichen Ergebnisse
- nach Relevanz und Verbreitung in der bisherigen ambulanten und stationären Praxis unter Einbeziehung der Behandlungserfahrungen der jeweiligen Praktiker
- wegen bisher bestehender Anerkennung bei Landesärztekammern für die Anerkennung als Facharzt/-ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie oder zum/zur Facharzt/-ärztin für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin
- wegen des Vorliegens von elaborierten Krankheitslehren bzw. intrapsychischen oder interaktionellen Konflikt- oder störungsmodellen, auf welchen die psychotherapeutischen Interventionen basieren

Zielgruppe(n): *

- Psychologische Psychotherapeuten
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
- Ärzte
- Andere Berufsgruppen

Die mit einem Sternchen (*) gekennzeichneten Felder sind Pflichtfelder.

Akkreditierung

Schritt 3

III. Angaben zur Qualifikation des/der Referenten bzw. wiss. Leiters bzw. Supervisors bzw. Teilnehmern von Interventionsgruppen

Sind mehrere Personen an der Veranstaltung beteiligt, listen Sie alle Personen mit Titeln und Qualifikation auf.

Name: *	<input type="text"/>
Vorname: *	<input type="text"/>
Titel:	<input type="text"/>
Approbation als PP seit:	<input type="text"/>
Approbation als KJP seit:	<input type="text"/>
Approbation als Arzt seit:	<input type="text"/>
Folgende Fähigkeiten/Erfahrungen im gelehrten Thema (in Stichworten): *	<input type="text"/>

Die nachfolgenden Punkte nur bei Antrag auf Anerkennung als Supervisor, Selbsterfahrungsleiter etc. ausfüllen:

Bereits anerkannt als:

- Supervisor/in
- Qualitätszirkelmoderator
- Selbsterfahrungsleiter

Von (bitte Institutionen, Berufs- und Fachverband angeben und Kopie als Nachweis beifügen):

Nur wenn Approbation als Arzt und nicht als PP/KJP vorliegt:

Abschluss psychotherap. Weiterbildung liegt vor seit (Kopie beifügen):

Nach Abschluss der Psychotherapieausbildung (Approbation als PP oder KJP) oder Facharztweiterbildung mindestens 5 Jahre praktisch psychotherapeutisch tätig (bitte Bescheinigung beifügen):

Aktuell psychotherapeutisch tätig im Umfang von regelmäßig mindestens 4h/Woche:

Die mit einem Sternchen (*) gekennzeichneten Felder sind Pflichtfelder.

Akkreditierung

Schritt 4

IV. Angaben zu Veranstaltungszeit und -ort, Teilnehmerzahl und gebühr

Datum: * -

Uhrzeit: * -

ggf. ergänzende Angaben zum zeitlichen Verlauf (z.B. Pausenzeiten):

Fortbildungseinheiten je vollendete 45min:

*

Veranstaltungsort

Bezeichnung (Praxis, Institution o.ä.): *

Strasse, Hausnummer: *

PLZ, Ort: *

Teilnehmerzahl und -gebühr

Maximale Teilnehmeranzahl:

Teilnahmegebühr: *

max. Gebühr pro Teilnehmer:

Sonderregelungen:

Die mit einem Sternchen (*) gekennzeichneten Felder sind Pflichtfelder.

Akkreditierung

Schritt 5

V. Angaben zur Akkreditierung durch andere Heilberufekammern

Wurde die Veranstaltung durch eine andere Heilberufskammer akkreditiert/anerkannt?

*

Name der Heilberufekammer:

Akkreditierungsnummer:

Zuerkannte Punkte/Fortbildungseinheiten:

Die mit einem Sternchen (*) gekennzeichneten Felder sind Pflichtfelder.

Hinweis:

Bitte legen Sie ein Exemplar ihres Programms bei und geben Sie die Pausenzeiten an

Schritt 6

VI. Erklärung des Antragstellers

Der Veranstalter verpflichtet sich, die Fortbildungsordnung der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein, insbesondere die Bedingungen des § 3 Abs. 4 (Teilnahmebescheinigung), des § Abs. 4 Abs. 1 (Fortbildungsinhalte / Anwesenheitsliste / Evaluation) sowie die für den Veranstalter maßgeblichen Bestimmungen der Anlage 2 zur Fortbildungsordnung (Durchführungsbestimmungen) einzuhalten.

Er versichert mit seiner Unterschrift, alle Angaben im Antrag wahrheitsgemäß und vollständig gemacht zu haben.

Der Veranstalter stellt sicher, dass Sponsoren und sonstige Dritte keinen produkt- bzw. firmenbezogenen Einfluss auf die Inhalte der Fortbildungsveranstaltung nehmen.

.....
Datum

.....
Unterschrift