

ANTRAG auf Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis in den P-Fächern gemäß WBO 20

Gebiet *

- Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
 Psychiatrie und Psychotherapie
 Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Grundorientierung: TP VT

bezogen auf die Weiterbildungsteile:

- Supervision von Behandlungen
 Selbsterfahrung
- Gruppensupervision
 Gruppenselbsterfahrung

Zusatz-Weiterbildung *

- Psychotherapie(-fachgebunden)
 Psychoanalyse

* bitte zutreffendes ankreuzen

B.1. ANGABEN ZUR PERSON DER:DES ANTRAGSTELLER:IN (PRAXIS):

Titel, Name, Vorname

Praxisanschrift:

Straße, PLZ / Ort:

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____ Kassenarzt-/ Betriebsstättennummer: _____

Tätigkeitsumfang:

Vollzeit | **Teilzeit** im Umfang von _____ Std./Woche | **Umfang KV-Sitz** _____

Waren Sie bereits zu einem früheren Zeitpunkt zur Weiterbildung befugt?

- Ja und zwar für _____
 Nein

Falls Ja, bitte ergänzend angeben.

Name des anerkannten Weiterbildungsinstituts/Weiterbündungsverband in dem Sie die Weiterbildung als Befugte:r ausgeübt haben:

im Zeitraum von _____ bis _____

B.2. ANGABEN ZUR PERSON DER:DES ANTRAGSTELLER:IN (KLINIK):

Titel, Name, Vorname _____

Name / Anschrift der Klinik | Klinikabteilung:

Name: _____

Straße, PLZ / Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Tätigkeitsumfang:

Vollzeit | **Teilzeit** im Umfang von _____ Std./Woche

als _____ seit _____

Dienststellung in der Abteilung: _____

Weisungsbefugt gegenüber nachgeordneten Ärzt:innen? JA NEIN

Waren Sie bereits zu einem früheren Zeitpunkt zur Weiterbildung befugt?

Ja und zwar für _____
 Nein

Falls Ja, bitte ergänzend angeben.

Name des anerkannten Weiterbildungsinstituts/Weiterbündungsverbund in dem Sie die Weiterbildung als Befugte:r ausgeübt haben:

_____ im Zeitraum von _____ bis _____

C. ANGABEN ZUM WEITERBILDUNGSINSTITUT/WEITERBILDUNGSVERBUND

Name der anerkannten Weiterbildungseinrichtung in der die Weiterbildung stattfindet:

_____ Einbindung in der o.g. Weiterbildungseinrichtung seit: _____

Dozent:innentätigkeit in der o.g. Weiterbildungseinrichtung seit: _____

D. ERGÄNZENDE ANGABEN

(NUR AUSZUFÜLLEN BEI ANTRAG AUF BEFUGNIS ZUR SELBSTERFAHRUNG / LEHRTHERAPIE / LEHRANALYSE)

Anerkennung der Zusatz-Weiterbildung Psychoanalyse seit _____

oder

Psychotherapeutische Erfahrungen / TP

a) kontinuierliche psychodynamische¹ Einzelselbsterfahrung von mindestens 250 Stunden Dauer

Ja und zwar _____ Stunden

Nein, sondern

¹ d.h. in einem psychoanalytisch begründeten Therapieverfahren im Sinne der Psychotherapierichtlinie

b) mindestens 3 Langzeit-Psychotherapiebehandlungen mit jeweils 150 Sitzungen unter kontinuierlicher Supervision

- Ja und zwar _____ Stunden
- Nein, sondern

Psychotherapeutische Erfahrungen / VT

a) kontinuierliche verhaltenstherapeutische Selbsterfahrung von mindestens 70 Doppelstunden einzeln oder in der Gruppe

- Ja und zwar _____ Stunden
- Nein, sondern

b) mindestens 10 kognitive-verhaltenstherapeutische Psychotherapien mit mindestens 200 Stunden

- Ja und zwar _____ Stunden
- Nein, sondern

E. ERGÄNZENDE ANGABEN (NUR AUSZUFÜLLEN BEI ANTRAG AUF BEFUGNIS ZUR GRUPPENSELBSTERFAHRUNG)

Gruppenselbsterfahrung von mindestens 70 Doppelstunden sowie praktische Erfahrungen im selben Umfang

- Ja und zwar _____ Stunden

Hiermit versichere ich, dass alle Angaben vollständig und korrekt sind.

Sämtliche Korrespondenz zu meinem Antrag kann per E-Mail erfolgen.

Empfänger:in des Gebührenbescheides, falls dieser nicht Sie selbst sind:

Name _____
Straße, Hausnummer _____
PLZ, Ort _____

Unterschrift/Stempel Antragsteller:in

Datum: _____

Bitte fügen Sie dem Antrag als gesonderte Anlage bei:

- Bestätigung des Weiterbildungsinstitutes oder Weiterbildungsverbandes über die Zugehörigkeit und die Dozententätigkeit der:des Antragsteller:in

Ambulanter Bereich:

- Einzelleistungsstatistik der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und / oder anonymisierte Privatliquidationen zum Nachweis der regelmäßigen psychotherapeutischen Tätigkeit

Stationärer Bereich:

- Nachweis einer ausreichenden stationären und ambulanten (z.B. Tagesklinik, Ambulanz etc.) psychotherapeutischen Tätigkeit in den letzten zwei Jahren
- Bestätigung des Selbsterfahrungstherapeut:innen (zu D)
- Genehmigung von Langzeittherapien durch den Kostenträger und / oder anonymisierte Privatliquidationen (zu E)
- Bestätigung der Supervisor:innen über die Supervision von Langzeittherapien gemäß § 3 Abs. 1a) Nr. 2.