

## Antrag auf Zertifizierung einer Fortbildungsveranstaltung durch die Psychotherapeutenkammer Berlin

*Bitte tragen Sie die erfragten Angaben ein bzw. kreuzen die entsprechenden Kästchen an und senden Sie den ausgefüllten Antrag mit den entsprechenden Unterlagen an die PTK Berlin (Adresse siehe Fußzeile).<sup>1</sup> Sie können den Antrag auch online stellen unter [www.ptk-berlin.de/fortbildung](http://www.ptk-berlin.de/fortbildung) und so ggf. die Zertifizierungsgebühren reduzieren. Eine Anleitung und Informationen finden Sie unter dem o.g. Link unter „Technische Hilfe“.*

1.	Veranstalter/Antragsteller (Adresse, Tel., Fax, E-Mail) (Bei Intervision: PPT oder KJP als verantwortliche Person gegenüber der Kammer)	
2.	Titel bzw. Thema der Veranstaltung	
3.	Kategorie der Veranstaltung gem. FBO Tab. 1, Spalte 1	Kategorie: ..... (bitte angeben lt. Fortbildungsordnung)
4.	Veranstaltungstermin/e bzw. beantragter Zeitraum	
5.	Veranstaltungsort	
6.	Dauer der Veranstaltung (Pausen bitte extra aufführen)	Tag/e _____ Std./je Veranstaltungstag _____ Pausen/ Tag Std. gesamt
7.	Vorgesehene Teilnehmerzahl	
8.	Werden für die Veranstaltung Teilnehmergebühren erhoben?	<input type="checkbox"/> Ja <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> Nein</span> Wenn ja, € .....pro Teilnehmer/in
9.	Name, Vorname, Titel des/r o wiss. Leiters/in o Dozenten/in, o Leiter/in o Bei Intervision: Namen und Praxisanschrift der Gruppenmitglieder angeben	
10.	Approbation d. wiss. Leiters/in, d. Dozenten/in u.ä.	<input type="checkbox"/> PPT <input type="checkbox"/> KJP seit..... <input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin (Bitte stellen Sie Ihren Antrag bei der Ärztekammer Berlin) Ausnahme: Seit 15.09.2009 ist die Zertifizierung von ärztlichen Supervisor/inn/en durch die PTK möglich.
11.	Die Veranstaltung soll auf der Homepage der Kammer veröffentlicht werden.	<input type="checkbox"/> Ja <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> Nein</span> Kontakt Daten f. die Homepage, z.B. Tel./E-Mail..... und/oder bitte Link setzen zu <b>www.</b> .....
12.	Wiederholungsantrag	<input type="checkbox"/> Ja - dann bitte Zert.-Nr. bzw. VNR eintragen _____ <input type="checkbox"/> Nein

13.	Sofern <b>keine</b> Approbation vorliegt - klinische Erfahrung seit ..... oder - Fähigkeiten/Erfahrungen im gelehrten Thema (bitte stichwortartig nennen) ..... ..... .....	
14.	Dozent/in, Leiter/in etc. ist Mitglied in Berufs-, Fachverbänden (Bitte angeben)	
15.	Nur für Leiter/innen von o Supervision, o Balint-, o IFA-Gruppen u.ä.	Als Supervisor/in oder in nebenstehender Funktion anerkannt von ..... (bitte Berufs-, Fachverband angeben und Qualifikationsnachweis(e) beifügen) o Spezialgebiet ..... o Verfahren ..... o heilkundlich/psychotherap. tätig im Umfang von ..... Std./Woche o in nebenstehender Funktion tätig seit .....
16.	Fortbildungsinhalte (gem. FBO § 3 und Anlage 1)	<input type="checkbox"/> Psychotherapieverfahren <input type="checkbox"/> psychotherapeutisches Arbeitsfeld <input type="checkbox"/> Nachbarwissenschaften <input type="checkbox"/> berufsrelevante, nicht-psychotherapeutische Inhalte oder <input type="checkbox"/> .....
17.a	Kriterien des behandelten Psychotherapieverfahrens (gemäß §7 i.V. mit Anlage 1 und 2 FBO)  (Zutreffendes bitte ankreuzen)	<input type="checkbox"/> Wiss. Anerkennung gemäß PsychThG oder <input type="checkbox"/> Wiss. Begründetheit <input type="checkbox"/> wiss. Sach- und Fachverstand (Fachliteratur, Lehre und Forschung) <input type="checkbox"/> internationale Standards und wissenschaftliche Ergebnisse <input type="checkbox"/> Anerkennung als Zweitverfahren bei Landesärztekammern <input type="checkbox"/> Praxisrelevanz und klinische – stat. oder amb. – Erprobtheit <input type="checkbox"/> lehrbare Krankheitsmodelle bzw. Konflikt-, Störungskonzepte
17.b	Weitere Kriterien zur Anerkennung (gemäß § 7 und Anlage 2 FBO)	<input type="checkbox"/> Qualifikation der Referenten und Supervisoren entspricht Anlage 2 <input type="checkbox"/> Qualität der eingesetzten Fortbildungsmethoden sowie der Fortbildungspraxis (curriculare Konzepte, Evaluation etc.) ist gewährleistet <input type="checkbox"/> Überprüfbarkeit des Fortbildungserfolges ist gewährleistet
18.	Wird die Veranstaltung finanziell gefördert?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, bitte Name und Anschrift des Unterstützers nennen:
19.	Findet eine kommerzielle Präsentation statt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, bitte Name und Anschrift des Anbieters nennen:
20.	Liegt bei einer <u>anderen</u> Psychotherapeuten- bzw. einer <u>Ärztchammer</u> bereits - ein <u>Antrag</u> auf Zertifizierung, oder - eine <u>Zertifizierung</u> bzw. - eine <u>Ablehnung</u> vor?	bei welcher? (Bitte Unterlagen beifügen!) ..... <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn Ja, vergebene Punkte/Fortbildungseinheiten: _____  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

### Wichtige Hinweise:

1. Zertifiziert werden Fortbildungsveranstaltungen, die der **Fachöffentlichkeit zugänglich** sind (außer Kategorie 3.1 bis 3.4 gem. Tab. 1 FBO).
2. Ein Antrag wird nur bearbeitet, wenn dieser mit der **Originalunterschrift** des/der Verantwortlichen (wissenschaftlichen Leiter/in, Dozent/in, Gruppenleiter/in) im Bereich Fortbildung der Psychotherapeutenkammer eingereicht wird.
3. Eine rechtzeitige Bearbeitung kann nur dann gewährleistet werden, wenn der Antrag **drei Monate** vor dem geplanten Termin bei der Psychotherapeutenkammer eingeht.
4. Voraussetzung für die Bearbeitung des Antrages ist, dass dieser **vollständig** ausgefüllt ist und die **nötigen Anlagen** beigelegt sind:
  - a. Kategorien 1.1-1.3: Bitte legen Sie eine offizielle Ankündigung oder Einladung bzw. ein gedrucktes Programm bei, aus der die Inhalte der Veranstaltung hervorgehen.
  - b. Kategorie 3.1 (QZ): Bitte nennen Sie die genauen Veranstaltungstermine mit den dazugehörigen Themen und die Teilnehmenden.
  - c. Kategorie 3.2/ 3.4: Bitte legen Sie einen Qualifikationsnachweis Ihrer Supervisoren bzw. Selbsterfahrungstätigkeit bei. Ärztliche Supervisor/inn/en senden bitte ihre Approbationsurkunde mit.
  - d. Kategorie 3.3 (Intervision): Bitte nennen Sie die geplanten Veranstaltungstermine (Anzahl pro Jahr, Uhrzeit) und die Teilnehmenden.
5. **Anwesenheitsliste (Teilnehmerliste), Teilnahmebescheinigung und Evaluationsbögen werden dem Bescheid beigelegt und sind auch auf der Homepage hinterlegt.**
  - a. Der Veranstalter/Antragsteller hat eine **Anwesenheitsliste** entsprechend der Mustervorlage der Kammer zu führen und sie **nach** Abschluss der Veranstaltung im Original an die PTK zu senden. Eine Kopie verbleibt beim Veranstalter.
  - b. Der Veranstalter/ Antragsteller füllt die **Teilnahmebescheinigungen** entsprechend dem Zertifizierungsbescheid aus und händigt sie mit Datum, Unterschrift und Stempel versehen an die Teilnehmenden aus.
  - c. Die Evaluationsbögen sind vom Antragsteller nach Abschluss der Veranstaltung auszuwerten, ein Jahr aufzubewahren und auf Anforderung der PTK zur Verfügung zu stellen (nicht bei Interventionen).
  - d. Intervisionsgruppen führen Sitzungsprotokolle (Ort, Zeit, Teilnehmende, Thema), diese sind ein Jahr aufzubewahren.

*Der/die Dozent/in, Supervisor/in, Balintgruppen- bzw. IFA-Leiter/in, der/ die Antragsteller/in für Intervention, der/die Moderator/in eines kammerinternen Qualitätszirkels bestätigt, die Fortbildungsordnung der Psychotherapeutenkammer Berlin und die Grundsätze von Qualitätszirkeln zur Kenntnis genommen zu haben und verpflichtet sich mit seiner/ihrer Unterschrift unter diesen Antrag, die Kriterien gemäß Anlage 2 FBO der Psychotherapeutenkammer Berlin zu erfüllen, alle Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben und sicherzustellen, dass von Seiten etwaiger Sponsoren kein produkt- bzw. firmenbezogener Einfluss auf die Lehrinhalte genommen wird.*

---

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Dozent/in, Gruppenleiter/in, Antragsteller/in (Intervision)

*Für curriculare Veranstaltungen, Veranstaltungsreihen, Symposien u.ä. ist anstelle der Unterschrift des/der Dozenten/in diejenige des/der wissenschaftlichen Leiters/in erforderlich. Er/Sie bestätigt, die Fortbildungsordnung der Psychotherapeutenkammer Berlin zur Kenntnis genommen zu haben und verpflichtet sich mit seiner/ihrer Unterschrift unter diesen Antrag, die Kriterien gemäß Anlage 2 FBO der Psychotherapeutenkammer zu erfüllen, alle Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben und sicherzustellen, dass von Seiten etwaiger Sponsoren kein produkt- bzw. firmenbezogener Einfluss auf die Lehrinhalte genommen wird.*

---

Datum \_\_\_\_\_ Stempel, Unterschrift wissenschaftliche/r Leiter/in