

Zertifizierungsantrag für Hospitation in Einrichtungen (Kat.2.2)
als Fortbildung im Sinne der Fortbildungsordnung der PTK Berlin vom 30.11.2006

Name und Adresse des Antragstellers/der Antragstellerin:

approbiert als PPT KJP seit: _____

Name und Adresse der Einrichtung bzw. Praxis:

Art der Einrichtung / Praxis

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Einzelpraxis | <input type="checkbox"/> Beratungsstelle |
| <input type="checkbox"/> Gemeinschaftspraxis | <input type="checkbox"/> Klinik |
| <input type="checkbox"/> Kriseneinrichtung | <input type="checkbox"/> Jugendhilfeeinrichtungen |
| | <input type="checkbox"/> |

Inhaltliche Schwerpunkte der Einrichtung bzw. der Praxis:

Inhalte / Themen der geplanten Fortbildung:

Welche Strukturqualität ist vorhanden?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> regelmäßige Team-Besprechung | <input type="checkbox"/> Teilnahme an Beratungsgesprächen |
| <input type="checkbox"/> regelmäßige Fallbesprechung | <input type="checkbox"/> Teilnahme an Gruppentherapien |
| <input type="checkbox"/> Teilnahme an Einzeltherapien | <input type="checkbox"/> Supervision (live, Einwegscheibe etc.) |
| <input type="checkbox"/> Vorbereitung | <input type="checkbox"/> Medieneinsatz (Video etc.) |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: | |

Datum

Unterschrift und Stempel der
Einrichtungsleitung bzw.
des Praxisinhabers/der Praxisinhaberin

Unterschrift des/der Antragsteller/in.

Bitte vor Beginn der Hospitation bei der PTK einreichen!

TEILNAHMEBESCHEINIGUNG der Einrichtungsleitung bzw. dem/der Praxisinhaber/in über die Hospitation (Kat. 2.2 lt. FBO)

Name und Adresse des/der Hospitierenden:

Name und Adresse der Einrichtung bzw. Praxis:

Inhaltlicher Schwerpunkt der Praxis:

Inhalt/Thematik der Fortbildung
(u.a. Ziel der Fortbildung? Welche Voraussetzungen wurden geboten?):

Lt. Anerkennungsbescheinigung der Psychotherapeutenkammer Berlin vom
.....

Hospitation durchgeführt im Umfang von: Stunden

in der Zeit vom bis (Datum)

Anzahl der Tage (ohne Wochenenden, Feiertage etc.)

Datum

Unterschrift und Stempel der Einrichtungsleitung bzw. des Praxisinhabers/der Praxisinhaberin