



**Antrag auf Genehmigung der Hinzuziehung von Supervisorinnen/Supervisoren oder  
Selbsterfahrungsleiterinnen/Selbsterfahrungsleitern gemäß § 11 Absatz 6 der  
Weiterbildungsordnung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten der  
Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen (WBO PT)**

---

**(1) Angaben zur antragstellenden Person (Weiterbildungsbefugte/r)**

(1.1) Name/Vorname/ggf. Titel

(1.2) Geburtsdatum/Geburtsort

(1.3) Anschrift (Straße, PLZ, Ort)

(1.4) Telefon

(1.5) E-Mail

(1.6) Kennnummer der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen

**(2) Angaben zur hinzuzuziehenden Person (Supervisor/in und/oder  
Selbsterfahrungsleiter/in)**

(2.1) Name/Vorname/ggf. Titel

(2.2) Geburtsdatum/Geburtsort

(2.3) Anschrift (Straße, PLZ, Ort)

(2.4) Telefon

(2.5) E-Mail



(2.6) Kennnummer der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen

Andere Psychotherapeutenkammer: \_\_\_\_\_

bzw. Mitglied der:

Ärztekammer Nordrhein

Ärztekammer Westfalen-Lippe

(2.7) Approbation als

Psychotherapeutin/Psychotherapeut

Psychologische Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Ärztin/Arzt

seit:

ausstellende Behörde:

**(3) Die Hinzuziehung wird beantragt als**

Supervisorin/Supervisor

Selbsterfahrungsleiterin/Selbsterfahrungsleiter

(3.1) für folgendes Gebiet (mit Versorgungsbereich und ggf. Psychotherapieverfahren)

Psychotherapie für Erwachsene

ambulant     stationär     institutionell

Analytische Psychotherapie

Systemische Therapie

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Verhaltenstherapie

Psychotherapie für Kinder und Jugendliche

ambulant     stationär     institutionell

Analytische Psychotherapie

Systemische Therapie

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Verhaltenstherapie



Neuropsychologische Psychotherapie

ambulant     stationär     institutionell

Ausgewählte Methoden und Techniken der

Systemischen Therapie     Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie

Verhaltenstherapie

(3.2) für folgenden Bereich

Spezielle Psychotherapie bei Diabetes

Spezielle Schmerzpsychotherapie

Sozialmedizin

Analytische Psychotherapie

Erwachsene     Kinder und Jugendliche

Systemische Therapie

Erwachsene     Kinder und Jugendliche

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

Erwachsene     Kinder und Jugendliche

Verhaltenstherapie

Erwachsene     Kinder und Jugendliche

(3.3) in folgender Weiterbildungsstätte

Name und Kontaktdaten der Weiterbildungsstätte

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller



## Anlagen:

**Selbsterklärungen und Nachweise der hinzuzuziehenden Person (sind dem Antrag beizufügen):**

**Anlage 1 - Unterschriebener tabellarischer Lebenslauf, aus dem die für die Anerkennung relevanten Inhalte, Zeiten und Stationen ersichtlich sind.**

## Anlage 2 - Nachweise zur fachlichen Eignung:

### 2.1 Gebiete

*Selbsterklärung (mit Datum und Unterschrift) und Nachweise zu Dauer und Umfang der bisherigen Tätigkeiten im beantragten Gebiet und Versorgungsbereich seit der Approbation (z. B. Tätigkeitsangaben aus dem persönlichen Benutzerprofil der KV-Homepage, Bescheinigungen des Arbeitgebers oder Arbeitszeugnisse).*

#### 2.1.1 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

- Amtlich beglaubigte Kopie der Approbationsurkunde (sofern diese der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen nicht bereits als amtlich beglaubigte Kopie vorliegt)
- für die Gebiete Psychotherapie für Erwachsene und Psychotherapie für Kinder- und Jugendliche: Anerkennungsurkunde (als amtlich beglaubigte Kopie, sofern nicht durch die Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen ausgestellt oder bei ihr bereits vorhanden), aus der sich auch die Qualifikation für die Psychotherapieverfahren ergibt
- für das Gebiet Neuropsychologische Psychotherapie: Anerkennungsurkunde (als amtlich beglaubigte Kopie, sofern nicht durch die Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen ausgestellt oder bei ihr bereits vorhanden), aus der sich auch die Qualifikation für das Psychotherapieverfahren ergibt, zu dem ausgewählte Methoden und Techniken dieser Psychotherapieverfahren vermittelt werden können

#### 2.1.2 Psychologische Psychotherapeutinnen/Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

- amtlich beglaubigte Kopie der Approbationsurkunde (sofern diese der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen nicht bereits als amtlich beglaubigte Kopie vorliegt)
- für die Gebiete Psychotherapie für Erwachsene und Psychotherapie für Kinder- und Jugendliche: Nachweise (amtlich beglaubigte Kopie, sofern diese der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen nicht bereits vorliegt), aus denen sich die Qualifikation für die Psychotherapieverfahren ergibt, die vermittelt werden können (z. B. Arztregistereintrag, Zeugnis über die staatliche Prüfung, Anerkennung einer entsprechenden Bereichsweiterbildung, KV-Abrechnungsgenehmigung für Leistungen des entsprechenden



- Richtlinienverfahrens, bei Übergangsapprobation Nachweis äquivalenter Qualifikationen)
- bei Psychologische Psychotherapeutinnen/Psychologischen Psychotherapeuten für das Gebiet Psychotherapie für Kinder und Jugendliche: Nachweise (amtlich beglaubigte Kopie, sofern diese der Kammer nicht bereits vorliegt) einer Zusatzqualifikation entsprechend der Psychotherapie Vereinbarung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen
  - für das Gebiet Neuropsychologische Psychotherapie: Anerkennungsurkunde für die Zusatzbezeichnung Klinische Neuropsychologie (als amtlich beglaubigte Kopie, sofern nicht durch die Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen ausgestellt oder bei ihr vorhanden) und Nachweise, aus denen sich die Qualifikation für das Psychotherapieverfahren ergibt, zu dem ausgewählte Methoden und Techniken im Rahmen der Weiterbildungsbefugnis vermittelt werden können (z. B. Arztregistereintrag, Zeugnis über die staatliche Prüfung, Anerkennung einer entsprechenden Bereichsweiterbildung, KV-Abrechnungsgenehmigung für Leistungen des entsprechenden Richtlinienverfahrens, bei Übergangsapprobation Nachweis äquivalenter Qualifikationen)

### 2.1.3 Fachärzte

- Approbationsurkunde (amtlich beglaubigte Kopie)
- für die Gebiete Psychotherapie für Erwachsene und Psychotherapie für Kinder- und Jugendliche: Anerkennungsurkunde [psychotherapeutischer Gebietsweiterbildungen] (amtlich beglaubigte Kopie) und Weiterbildungszeugnisse, aus denen sich die Qualifikation für das zu vermittelnde Psychotherapieverfahren ergibt
- für das Gebiet Neuropsychologische Psychotherapie [nur Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychiatrie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie, Neurochirurgie, Neurologie, Nervenheilkunde]: Anerkennungsurkunde und Weiterbildungszeugnisse, aus denen sich die Qualifikation für das Gebiet und das Psychotherapieverfahren ergibt, zu dem ausgewählte Methoden und Techniken vermittelt werden können

### 2.2 Bereiche

*Selbsterklärung (mit Datum und Unterschrift) und Nachweise zu Dauer und Umfang der bisherigen Tätigkeiten im beantragten Bereich seit der Approbation (z. B. Tätigkeitsangaben aus dem persönlichen Benutzerprofil der KV-Homepage, Bescheinigungen des Arbeitgebers oder Arbeitszeugnisse)*

- amtlich beglaubigte Kopie der Approbationsurkunde (sofern diese der Kammer nicht bereits als amtlich beglaubigte Kopie vorliegt)
- Anerkennungsurkunde (als amtlich beglaubigte Kopie, sofern nicht durch die Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen ausgestellt oder bei ihr bereits vorhanden) oder bei Bereichsweiterbildungen in Psychotherapieverfahren Nachweise, aus denen sich die Qualifikation für die Psychotherapieverfahren ergibt, die vermittelt werden können (z. B. Arztregistereintrag, Zeugnis über die staatliche



Prüfung, Anerkennung einer entsprechenden Bereichsweiterbildung, KV-Abrechnungsgenehmigung für Leistungen des entsprechenden Richtlinienverfahrens, bei Übergangsapprobation nach § 12 Psychotherapeutengesetz vom 16.06.1998 in der bis zum 31.08.2020 geltenden Fassung Nachweis äquivalenter Qualifikationen)

Es wird versichert, dass gemäß § 11 Abs. 6 S. 6 WBO PT zwischen der Psychotherapeutin/dem Psychotherapeuten in Weiterbildung und der Selbsterfahrungsleiterin/dem Selbsterfahrungsleiter kein dienstliches Abhängigkeitsverhältnis besteht.

Es wird die Richtigkeit der in den Anlagen gemachten Angaben sowie die Übereinstimmung der eingereichten Kopien mit den entsprechenden Originalen versichert

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der hinzugezogenen Person

#### **Einwilligungserklärung von Ärztinnen und Ärzten:**

- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Falle der Genehmigung meiner Hinzuziehung als Supervisor(in) oder Selbsterfahrungsleiter(in), die Ärztekammer \_\_\_\_\_ die Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen, Willstätterstr. 10, 40549 Düsseldorf, **darüber informieren darf, sollte meine ärztliche Approbation zum Ruhen gebracht, zurückgenommen, widerrufen oder entzogen werden und/oder wenn berufsrechtliche Verstöße bekannt werden sollten.**
- Ich erkläre mich ferner einverstanden, dass die/der antragstellende Weiterbildungsbefugte, bei Eintreten eines der vorgenannten Ereignisse in Bezug auf meine ärztliche Approbation, durch die Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen über das Ende der Genehmigung der Supervisions- und/oder Selbsterfahrungstätigkeit informiert werden wird.
- Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen der Ärztekammer \_\_\_\_\_ die ausgefüllte und unterschriebene Einwilligungserklärung in **Anlage 3** übermitteln wird.
- Mir ist bewusst, dass die Tätigkeit als Supervisor/Supervisor und/oder Selbsterfahrungsleiterin/Selbsterfahrungsleiter im Rahmen und für den Gültigkeitszeitraum der durch die Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen erteilten Weiterbildungsbefugnis der/des antragstellenden Weiterbildungsbefugten erfolgt und auch zeitlich an diese gebunden ist.

Die Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen wird gemäß Artikel 6 Abs. 1 S. 1 lit. c, Abs. 2 und 3 DSGVO i. V. m. dem Heilberufsgesetz NRW und der WBO PT, zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen die hierzu übermittelten personenbezogenen Daten verarbeiten.

Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit gegenüber der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen und der zuständigen Ärztekammer **für die Zukunft** widerrufen werden. Der Widerruf ist hierbei gegenüber beiden Kammern zu erklären. Mir ist bewusst, dass ein Widerruf dieser Einwilligungserklärung eine sofortige Beendigung der Tätigkeit und eine Aberkennung der Genehmigung als Supervisorin/Supervisor und/oder als



Selbsterfahrungsleiterin/Selbsterfahrungsleiter zur Folge hat.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des hinzugezogenen  
Ärztin/Arztes

**Bitte beachten Sie, dass wir im Rahmen unserer gesetzlich zugewiesenen Aufgaben personenbezogene Daten verarbeiten. Weitergehende Informationen zum Datenschutz finden Sie auf unserer Homepage unter <https://www.ptk-nrw.de/datenschutz> in der Download-Spalte rechts, „Informationen zur**

Bitte reichen Sie den unterschriebenen Antrag mit den sämtlichen Unterlagen **schriftlich** an nachfolgender Postanschrift ein:

Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen  
Willstätterstr. 10  
40549 Düsseldorf

Kontakt bei Rückfragen:

E-Mail: [info@ptk-nrw.de](mailto:info@ptk-nrw.de)  
Tel.: (0211) 52 28 47-0



### Anlage 3

**Einwilligungserklärung von Ärztinnen und Ärzten**  
**bei einem Antrag auf Genehmigung der Hinzuziehung von Supervisorinnen/Supervisoren**  
**und/oder Selbsterfahrungsleiterinnen/Selbsterfahrungsleitern**  
**gemäß § 11 Absatz 6 WBO PT**

Im Rahmen des Antrags auf Genehmigung der Hinzuziehung von Supervisorinnen/Supervisoren und/oder Selbsterfahrungsleiterinnen/Selbsterfahrungsleitern gemäß § 11 Absatz 6 der Weiterbildungsordnung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen (WBO PT) von

---

Vor- und Nachname der/des antragstellenden Psychologischen Psychotherapeutin/Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

erkläre ich,

---

Titel, Vor- und Nachname der/des hinzugezogenen Supervisorin/Supervisors und/oder der/des Selbsterfahrungsleiterin/Selbsterfahrungsleiters

---

Geburtsdatum

wohnhaft

---

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

als Ärztin/Arzt approbiert und Mitglied bei der

---

zuständige Ärztekammer

zu sein.

- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Falle der Genehmigung meiner Hinzuziehung als Supervisorin/Supervisor und/oder als Selbsterfahrungsleiterin/Selbsterfahrungsleiter, die Ärztekammer \_\_\_\_\_ die Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen, Willstätterstr. 10, 40549 Düsseldorf, **darüber informieren darf, sollte meine ärztliche Approbation zum Ruhen gebracht, zurückgenommen, widerrufen oder entzogen werden und/oder wenn berufsrechtliche Verstöße bekannt werden sollten.**
- Ich erkläre mich ferner einverstanden, dass die/der antragstellende Weiterbildungsbefugte, bei Eintreten eines der vorgenannten Ereignisse in Bezug auf meine ärztliche Approbation, durch die Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen über das Ende der Genehmigung der Supervisions- und/oder Selbsterfahrungstätigkeit informiert werden wird.





- Ich erkläre mich außerdem damit einverstanden, dass die Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen der Ärztekammer \_\_\_\_\_ **diese Einwilligungserklärung (Anlage 3)** übermitteln wird.
- Mir ist bewusst, dass die Tätigkeit als Supervisorin/Supervisor und/oder Selbsterfahrungsleiterin/Selbsterfahrungsleiter im Rahmen und für den Gültigkeitszeitraum der durch die Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen erteilten Weiterbildungsbefugnis der/des antragstellenden Weiterbildungsbefugten erfolgt und auch zeitlich an diese gebunden ist.

Die Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen wird gemäß Artikel 6 Abs. 1 S. 1 lit. c, Abs. 2 und 3 DSGVO i. V. m. dem Heilberufsgesetz NRW und der WBO PT, zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen die hierzu übermittelten personenbezogenen Daten verarbeiten.

Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit gegenüber der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen und der zuständigen Ärztekammer **für die Zukunft** widerrufen werden. Der Widerruf ist hierbei gegenüber beiden Kammern zu erklären. Mir ist bewusst, dass ein Widerruf dieser Einwilligungserklärung eine sofortige Beendigung der Tätigkeit und eine Aberkennung der Genehmigung als Supervisorin/Supervisor und/oder als Selbsterfahrungsleiterin/Selbsterfahrungsleiter zur Folge hat.

**Bitte beachten Sie, dass wir im Rahmen unserer gesetzlich zugewiesenen Aufgaben personenbezogene Daten verarbeiten. Weitergehende Informationen zum Datenschutz finden Sie auf unserer Homepage unter <https://www.ptk-nrw.de/datenschutz> in der Download-Spalte rechts, „Informationen zur Datenverarbeitung (allgemein)“, zudem auch als Kopie anbei.**

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des hinzugezogenen Supervisorin/Supervisors  
und/oder Selbsterfahrungsleiterin/Selbsterfahrungsleiters