

**Antrag auf Akkreditierung einer Intervisionsgruppe  
im Rahmen der Fortbildungsordnung der Psychotherapeutenkammer NRW**

<b>VID:</b> _____ (wenn vorhanden)	<input type="checkbox"/> Erstantrag für diese Veranstaltung <input type="checkbox"/> Diese Veranstaltung wurde bereits früher von der PTK NRW akkreditiert unter <b>AKNR:</b>
1. Antragsteller/in (verantwortliches Mitglied der Intervisionsgruppe / Ansprechpartner gegenüber der PTK)	Name: _____ Strasse: _____ PLZ _____ / Ort: _____ Tel. _____ Fax _____ E-Mail: _____
2. Qualifikation des Antragstellers	<input type="checkbox"/> approbierte/r PP seit _____ (Jahr) <input type="checkbox"/> approbierte/r KJP seit _____ (Jahr) Kenn.-Nr. bei der PTK : _____
3. Bezeichnung der Intervisionsgruppe	
4. Thematischer Inhalt (nach §5 Abs. 5 Fortbildungsordnung PTK NRW) der Intervisionsgruppe (bitte kurz erläutern)	
5. Veranstaltungsort	Der Veranstaltungsort befindet sich in <u>Nordrhein-Westfalen</u> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Name: _____ Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____ Die Intervisionsgruppe tagt an wechselnden Orten: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, wo? _____
6. Veranstaltungstermin/e für die Gruppensitzungen  <b>Hier bitte konkrete Daten eintragen →</b> (keine Angaben wie etwa „1 mal pro Monat“ oder „alle 4 Wochen“ sondern 1. Termin (TTMMJJ), 2. Termin usw.)	

7. Dauer der Gruppensitzung	Uhrzeit Beginn: _____ Ende: _____ (Gesamtdauer <b>abzüglich</b> Pausen)  Std. _____ / Min _____
8. Wie viele Punkte werden pro Termin angestrebt?(siehe hierzu Anlage 2 der Fortbildungsordnung PTK NRW)	_____ Punkte
9. Die Intervisionsgruppe existiert seit	_____ (Jahr)
10. Gruppengröße	_____ Teilnehmer insgesamt ( <b>min. 4, max. 10</b> )
10a) Zusammensetzung der Gruppe (Zutreffendes bitte ankreuzen)	<input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/> KJP <input type="checkbox"/> ärztliche Psychotherapeuten <input type="checkbox"/> sonstige Berufsgruppen* <input type="checkbox"/> Kammermitglieder aus anderen Bundesländern* * auf beigefügter Teilnehmerliste angeben
10b) Therapeutischer Schwerpunkt der Gruppenmitglieder	<input type="checkbox"/> psychoanalytisch <input type="checkbox"/> tiefenpsychologisch fundiert <input type="checkbox"/> verhaltenstherapeutisch <input type="checkbox"/> gesprächspsychotherapeutisch <input type="checkbox"/> neuropsychologisch <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
10c) Zusammensetzung der Gruppe nach Tätigkeitsfeld (Zutreffendes bitte ankreuzen)	<input type="checkbox"/> ambulante Versorgung <input type="checkbox"/> (teil-)stationäre Versorgung <input type="checkbox"/> Beratung <input type="checkbox"/> Sonstiges
10d) Namen der Teilnehmer:	<b>Bitte die Teilnehmerliste auf der Rückseite benutzen</b>

**Versicherung des/der fachlich verantwortlichen Ansprechpartners/in**

- ◆ Ich habe die Fortbildungsordnung der Psychotherapeutenkammer NRW einschließlich der Anlagen zur Kenntnis genommen und versichere, dass ich alle Angaben im Antrag wahrheitsgemäß gemacht habe.
- ◆ Ich habe zur Kenntnis genommen, dass Fortbildungsveranstaltungen die Kriterien der Fortbildungsordnung der Psychotherapeutenkammer NRW erfüllen müssen, um anerkannt werden zu können.
- ◆ Ich versichere, dass die gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen.
- ◆ Ich verpflichte mich ausdrücklich, in geeigneter Weise eine Anwesenheitskontrolle durchzuführen.
- ◆ Ich verpflichte mich als Ansprechpartner/in einer akkreditierten Intervisionsgruppe bei jeder Gruppensitzung eine Teilnehmerliste mit Protokoll nach den Vorgaben der PTK NRW zu führen und diese Teilnehmerlisten **einmal im Quartal** an die Psychotherapeutenkammer weiterzuleiten.
- ◆ Ich verpflichte mich als Ansprechpartner/in alle Gruppenmitglieder über die Weitergabe der Teilnehmerlisten an die Landespsychotherapeutenkammer zu informieren und hierzu eine schriftliche Einverständniserklärung einzuholen (die Einverständniserklärung steht auf der Teilnehmerliste und wird mit der Unterschrift eingeholt).
- ◆ Ich versichere, dass kein berufsgerichtliches Verfahren bei einem Berufsgericht für Heilberufe nach § 62, Abs. 1 bis 2 HeilBerG NRW gegen mich angestrengt wurde oder anhängig ist.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Ansprechpartner/-in

Teilnehmerliste (min. 4, max 10)

Name, Vorname	Wohnort	Mitglied PTK NRW	Andere Kammer (bitte angeben) oder Profession
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	