

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

VID: _____ (steht im Akkreditierungsbescheid)	<input type="checkbox"/> Erstantrag für diese Veranstaltung <input type="checkbox"/> Diese Veranstaltung wurde bereits früher von der PTK NRW akkreditiert unter VNR:
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 (z.B. Intervisionsgruppe Mustermann)	
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 Hier bitte konkrete Daten eintragen→ (keine Angaben wie etwa „1 mal pro Monat“ oder „alle 4 Wochen“, sondern Termin (TTMMJJ), 2. Termin usw.)	

7. Dauer der Gruppensitzung	Uhrzeit Beginn: _____ Ende: _____ Std. _____ / Min _____ (Gesamtdauer abzüglich Pausen)
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 (min. 4, max. 10)
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"/> systemisch <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	Bitte die beigefügte <u>Teilnehmerliste</u> benutzen

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 (wird Ihnen mit dem Akkreditierungsbescheid zugestellt). 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 Psychotherapeutenkammer NRW 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

Name, zugehörige Kammer oder Profession der Gruppenmitglieder bitte hier eintragen (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	