

**Antrag auf Akkreditierung eines Qualitätszirkels
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. Moderator/in des QZ	Name _____ Strasse _____ PLZ _____ / Ort _____ Tel. _____ Fax _____ E-Mail: _____
2. Qualifikation des/r Moderators/in	<input type="checkbox"/> approbierte/r PP seit _____ (Jahr) <input type="checkbox"/> approbierte/r KJP seit _____ (Jahr) Kenn.-Nr. bei der PTK: (steht im Beitragsbescheid)
3. Bezeichnung des Qualitätszirkels (z.B. Qualitätszirkel Mustermann)	
4. Thematischer Inhalt (nach §5 Abs. 5 Fortbildungsordnung PTK NRW) des Qualitätszirkels (bitte kurz erläutern):	
5. Ich habe eine QZ-Moderatorenausbildung absolviert	<input type="checkbox"/> ja (bitte Nachweis beilegen) Falls keine QZ-Moderatorenausbildung vorhanden ist: Welche äquivalenten Qualifikationen zur Leitung eines QZ können geltend gemacht werden? (bitte kurz beschreiben und Nachweise beilegen)
6. Veranstaltungsort	Der Veranstaltungsort befindet sich in <u>Nordrhein-Westfalen</u> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Name _____ Straße _____ PLZ _____ Ort _____ Der Qualitätszirkel tagt an wechselnden Orten: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, wo?

<p>7. Veranstaltungstermin/e für die Gruppensitzungen Hier bitte konkrete Daten eintragen → (keine Angaben wie etwa „1 mal pro Monat“ oder „alle 4 Wochen“ sondern 1. Termin (TTMMJJ), 2. Termin usw.)</p>	
<p>8. Dauer der Gruppensitzung</p>	<p>Uhrzeit Beginn: _____ Ende: _____ Std.: _____ / Min.: _____ (Gesamtdauer abzüglich Pause)</p>
<p>9. Wie viele Punkte werden pro Termin angestrebt? (siehe hierzu Anlage 2 der Fortbildungsordnung PTK NRW)</p>	<p>_____ Punkte</p>
<p>10a). Der Qualitätszirkel existiert seit _____(Jahr)</p> <p>10b). Der Qualitätszirkel ist von einer anderen Kammer an erkannt</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Wenn ja, von welcher?</p>
<p>11a). Gruppengröße</p>	<p>_____ Teilnehmer insgesamt (min. 4, max. 10)</p>
<p>11b). Zusammensetzung der Gruppe nach Profession (Zutreffendes bitte ankreuzen)</p>	<p><input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/> KJP <input type="checkbox"/> ärztliche Psychotherapeuten <input type="checkbox"/> sonstige Berufsgruppen (bitte angeben):</p>
<p>11c). Therapeutischer Schwerpunkt der Gruppenmitglieder</p>	<p><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: _____</p>
<p>11d). Zusammensetzung der Gruppe nach Tätigkeitsfeld (Zutreffendes bitte ankreuzen)</p>	<p><input type="checkbox"/> ambulante Versorgung <input type="checkbox"/> (teil-)stationäre Versorgung <input type="checkbox"/> Beratung <input type="checkbox"/> Sonstiges _____</p>
<p>11e). Namen der Teilnehmer</p>	<p>Bitte beigefügte <u>Teilnehmerliste</u> benutzen</p>

Teilnehmerliste (min. 4, max. 10)

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

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

Versicherung des/der fachlich verantwortlichen Moderators/Moderatorin

- ◆ 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 Moderator eines akkreditierten Qualitätszirkels 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 Moderator alle Gruppenmitglieder über die Weitergabe der Teilnehmerlisten an die Psychotherapeutenkammer 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

Moderator/in