



**Antrag auf Akkreditierung als  
SUPERVISOR/IN und / oder SELBSTERFAHRUNGSLEITER/IN  
in den Verfahren Systemischer Therapie und / oder Gesprächspsychotherapie  
im Rahmen der Fortbildungsordnung der Psychotherapeutenkammer NRW**

<b>1. Antragsteller/in</b>	Name: _____ Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____ Tel.: _____ Fax: _____ E-Mail: _____
<b>2. Approbation</b>	<input type="checkbox"/> approbierte/r PP seit _____ (Datum)  <input type="checkbox"/> approbierte/r KJP seit _____ (Datum)  Kenn-/ Mitgliedsnummer bei der PTK NRW: _____
<b>3.</b> <input type="checkbox"/> Ich beabsichtige eine <b>Supervision</b> zu erteilen  <input type="checkbox"/> Ich beabsichtige eine <b>Selbsterfahrung</b> anzuleiten	<u>Angabe des Verfahrens:</u> <input type="checkbox"/> Systemische Therapie <input type="checkbox"/> Gesprächspsychotherapie
<b>4. Ich war nach Erhalt der Approbation mindestens 5 Jahre psychotherapeutisch berufstätig</b>  (muss nicht in dem Verfahren sein, in dem die Supervision / Selbsterfahrung erteilt werden soll)	<input type="checkbox"/> ja von _____ (Datum) bis _____ (Datum)

## 5. Qualifikationsnachweis

### 5.1 Qualifikationsnachweis über Bescheinigung einer nach § 6 PsychThG staatlich anerkannten Ausbildungsstätte

- Ich bin durch eine nach § 6 PsychThG staatlich anerkannten Ausbildungsstätte als Supervisor/in (in dem unter Punkt 3 beantragten Verfahren) beauftragt / anerkannt.  
(Bitte auf Seite 3 des Antrags von der Ausbildungsstätte bestätigen lassen oder Nachweis beilegen)

### 5.2 Qualifikationsnachweis über Bescheinigungen und/oder Selbsterklärung

- Ich habe nach Erhalt der Approbation die
- mindestens 600 Behandlungsstunden
  - in mindestens 6 Behandlungsfällen
- (in dem unter Punkt 3 beantragten Verfahren) nachgewiesen.  
(Bitte hierzu die Punkte 5.2.1, 5.2.2, 5.2.3 und/oder 5.2.4 des Antrags ankreuzen und die entsprechenden Bescheinigungen und/oder die Selbsterklärung beifügen)

- 5.2.1  Ich habe mich in dem unter Punkt 3 beantragten Verfahren bei einer Fachgesellschaft qualifiziert.  
(Bitte Zertifikat oder ersatzweise Teilnahmebescheinigungen an Fortbildungen beifügen)

- 5.2.2  Bescheinigung des Arbeitgebers

\_\_\_\_\_ und / oder \_\_\_\_\_

- 5.2.3  Bescheinigung des Ausbildungsinstituts, der Lehreinrichtung o.ä.  
(ohne staatliche Anerkennung)

\_\_\_\_\_ und / oder \_\_\_\_\_

- 5.2.4  Selbsterklärung der Antragstellerin / des Antragstellers

Hiermit erkläre ich, im Verfahren Systemische Therapie / Gesprächspsychotherapie mindestens 600 Behandlungsstunden in mindestens 6 Fällen in der Krankenbehandlung entsprechend der Tabelle auf Seite 4 erbracht zu haben.

### **Anmerkung zum Qualifikationsnachweis nach Punkt 5.2:**

Aus den Bescheinigungen und/oder der Selbsterklärung muss hervorgehen,

- (1) dass es sich um Krankenbehandlung mit Mitteln der Systemischen Therapie / Gesprächspsychotherapie gehandelt hat,
- (2) wie viele Fälle mindestens,
- (3) mit wie vielen Stunden mindestens,
- (4) in welchem Zeitraum (nach Erhalt der Approbation) behandelt wurde(n).
- (5) Ergänzend hierzu sind ein Zertifikat einer Fachgesellschaft oder ersatzweise Teilnahmebescheinigungen an Fortbildungen in dem unter Punkt 3 beantragten Verfahren beizufügen.

Die Behandlungsstunden und Fälle können sich (1.) vollständig aus einer Bescheinigung oder der Selbsterklärung ergeben oder (2.) additiv aus 5.2.2 bis 5.2.4.

**Versicherung des/der fachlich verantwortlichen Supervisors/in  
oder Selbsterfahrungsleiters/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 sich die von mir angebotene Supervision / Selbsterfahrung gegenüber den Angaben oben bei der Durchführung nicht grundsätzlich verändern wird.
- ◆ Ich versichere, dass die Fortbildungsinhalte dem aktuellen Stand der Erkenntnisse derjenigen Wissenschaften entsprechen, die der Fortbildung zugrunde liegen.
- ◆ Ich versichere, dass die von mir angebotene Supervision / Selbsterfahrung im wirtschaftlichen Sinne firmen- und produktneutral ist.
- ◆ Ich verpflichte mich, in geeigneter Weise eine Anwesenheitskontrolle durchzuführen.
- ◆ Ich verpflichte mich, eine Teilnehmerliste und Sitzungsprotokoll mit Originalunterschriften entsprechend der oben angegebenen Hinweise zur Teilnehmerliste zu führen und diese **einmal im Quartal** an die Psychotherapeutenkammer NRW weiterzuleiten.
- ◆ Ich verpflichte mich, alle Teilnehmer/innen 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 ich parallel zur supervisorischen Tätigkeit auch psychotherapeutisch tätig bin.
- ◆ 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.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller/in

**Von der staatlich anerkannten Ausbildungsstätte auszufüllen:**

Wir bestätigen, dass der Antragsteller / die Antragstellerin anerkannte/r Supervisor / Supervisorin in dem unter Punkt 3 beantragten Verfahren ist.

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

Stempel der Ausbildungsstätte:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Ausbildungsleiter/in

Name der Antragstellerin / des Antragstellers: \_\_\_\_\_

Seite: \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_

Chiffre Patient	Geschlecht Patient	Alter bei Behandlungsbeginn	Diagnose nach ICD 10	Kurzskizzierung des therapeutischen Vorgehens	Anzahl Behandlungsstunden	Zeitraum der Behandlung	
						von	bis

Diese Tabelle dient als Kopiervorlage und kann vervielfältigt werden. Bitte entsprechend durchnummerieren!

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller/in