

**Antrag auf Akkreditierung einer Fortbildungsveranstaltung (Kategorie E)**

**im Rahmen der Fortbildungsordnung der Psychotherapeutenkammer NRW**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VID:**  (wenn vorhanden) | Erstantrag für diese Veranstaltung  Diese Veranstaltung wurde bereits früher von der PTK NRW  akkreditiert unter **VNR:** | | | | | | | |
| 1. Anbieter\*in / Antragsteller\*in (mit Sitz in NRW) | Name: | |  | | | | | |
|  |  | |  | | | | | |
|  | Straße | |  | | | | | |
|  | PLZ: | |  | | Ort: |  | | |
|  | Home-page: | | www. | | | | | |
|  | Ansprech-partner\*in: | | |  | | | | |
|  | Telefon: | | |  | | | | |
|  | E-Mail: | | |  | | | | |
| 2. Ansprechpartner\*in | Name: |  | | | | | | |
|  | Vorname: | |  | | | | | |
|  | Straße: | |  | | | | | |
|  | PLZ: | |  | | Ort: |  | | |
|  | Tel.: | |  | | | | Fax: |  |
|  | E-Mail: | |  | | | | | |
|  | approbiert als PP  approbiert als KJP  psychotherapeutisch weitergebildeter Arzt  Mitglied der PTK NRW - Kenn-Nr:  Andere Kammer (welche?): | | | | | | | |
| 3. Typ der  Veranstaltung (nach Kategorie E) | Strukturierte interaktive Fortbildung:  tutoriell unterstützte Online-Fortbildungsmaßnahme  Blended-Learning-Maßnahme  CD-ROM / Printmedien  Internet (z.B. Online-Artikel/-Vorträge, Webcast, Web-Seminar) | | | | | | | |
| 4. Zielgruppe(n)  (an wen richtet sich  die Maßnahme?) | Psychologische Psychotherapeut\*innen  Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*innen  Ärztliche Psychotherapeut\*innen  Sonstige Personen (bitte benennen): | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 5. Titel der Veranstaltung |  | | |
| 6. Angaben zu:  Fachautor\*innen / Tutor\*innen /  Referent\*innen | *siehe Seite 4 des Antrags*  Bitte für jede Person ein eigenes Blatt ausfüllen und  einen Qualifikationsnachweis in Form einer Kurzvita beilegen! | | |
| 7. Nachweis wissenschaftlicher  Begutachtung | bitte als **Anlage 1** beilegen!  *(siehe Informationsblatt)* | | |
| 8. Laufzeit des Angebotes | | **einmalig**:  Datum:  *(TT.MM.JJJJ)* bis  Datum:  *(TT.MM.JJJJ)*  Uhrzeit(en):  Uhr *(von XX:XX bis XX:XX Uhr)*  Uhrzeit(en):  Uhr *(von XX:XX bis XX:XX Uhr)*  **dauerhaft** **(längstens für ein Jahr)**:  Ab dem  *(TT.MM.JJJJ)* bis  Datum: *(TT.MM.JJJJ)* | | |
| 9. Lernerfolgskontrolle  (obligater Bestandteil aller Fortbildungsmaßnahmen  der Kategorie E) | | bitte als **Anlage** beilegen!  *(siehe Informationsblatt)* | | |
| 10. Zeitlicher Umfang /Aufwand der Fortbildungsmaßnahme  (45 Minuten = 1 UE)   (Der Zeitaufwand der Bearbeitung eines medialen Beitrags (z. B. Text oder Video) beträgt mindestens 45 Minuten.) | | **Modul 1:** *(TT.MM.JJJJ)*  *(UE)*  **Modul 2:**  *(TT.MM.JJJJ)*  *(UE)*  **Modul 3:**  *(TT.MM.JJJJ)*  *(UE)* | | |
| **10. A und B 🡺 Nur bei Blendend-Learning-Maßnahmen anzugeben!** | | | | |
| **10. A Zeitlicher Umfang und  Laufzeit der Fortbildungsmaßnahme**  (Besteht die Fortbildung aus mehreren Modulen, geben Sie bitte für jedes Modul den jeweiligen zeitlichen Umfang an.)  **Datum / Uhrzeit(en) der Präsenzveranstaltung** | | **Modul 1:** *(TT.MM.JJJJ)*  *(UE)*  **Modul 2:** *(TT.MM.JJJJ)*  *(UE)*  **Modul 3:** *(TT.MM.JJJJ)*  *(UE)*  *(bei weiteren Modulen bitte gesondertes Blatt nehmen)*  *(TT.MM.JJJJ)*  bis  *(von xx:xx bis xx:xx Uhr)*  (Zeitablauf der Veranstaltung) | | |
| **10. B Veranstaltungsstätte  der Präsenzveranstaltung  (muss in NRW liegen!)**  **Vorgesehene  Teilnehmerzahl:** | | Name: |  | |
|  | | Straße: |  | |
|  | | PLZ: |  | |
|  | | Ort: |  | |
|  | | Teilnehmer\*Innen | | |
| 11. Thematischer Inhalt der Fortbildungsveranstaltung (nach § 2 Abs. 1 in Verbindung mit § 5 Abs. 5 der FBO NRW)  (Mehrfachnennungen möglich) | | 1.1 Forschungsergebnisse zur Epidemiologie, Ätiologie, Prävention, Diagnostik und Behandlung bzw. Rehabilitation von Störungen, bei denen psychotherapeutische Untersuchungs- und  Behandlungsmethoden indiziert sind  1.2 Wissenschaftlich anerkannte Psychotherapieverfahren,  Untersuchungs- und Behandlungsmethoden  1.3 Forschungsergebnisse und Praxiserfahrungen zu neuen  Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und -verfahren  (Beschreiben Sie kurz, in welcher Weise und in welchem Umfang  welche Forschungsergebnisse in die Durchführung der Veranstaltung integriert werden sollen)  1.4 Forschungsergebnisse und Praxiserfahrungen von psychotherapie-relevanten Nachbarwissenschaften  1.5 Public Health, Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung  1.6 Berufsrelevante Themenbereiche wie z.B. berufs- / sozialrechtliche Fragestellungen, Theorien und Methoden der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements  1.7 Sonstige (bitte beschreiben): | | |
| 12. Wird für die Fortbildung eine Teilnahmegebühr erhoben  (kostenpflichtig)?  Wird die Fortbildung finanziell  unterstützt / bezuschusst /  gesponsert? | | ja  nein  ja  nein  🡪 wenn ja, durch wen? (bitte Name und Anschrift angeben) | | |
| 13. Wurde die geplante Veranstaltung von einer anderen Kammer bereits anerkannt? | | ja  nein  🡪 wenn ja: von welcher Kammer? (bitte Namen angeben) | | |
| 14. Veröffentlichung auf der  Homepage der PTK NRW | | Ich bin damit einverstanden, dass die akkreditierte(n) Fortbildungsver-anstaltunge(n) auf der Homepage der Psychotherapeutenkammer NRW veröffentlicht wird/werden. Das Einverständnis kann jederzeit widerrufen werden.  Ja  Nein  Angabe der Daten, die veröffentlicht werden sollen:  z.B. Name der Anbieter\*in mit Ansprechpartner\*in, Telefon, E-Mail etc. | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Angaben zu Fachautor\*innen / Tutor\*innen / Referent\*innen**  Füllen Sie **für jede/n** Autor\*in / Tutor\*in / Referent\*in **ein Formular** aus.  Sollten die einzelnen Module ggf. durch verschiedene Autor\*innen / Tutor\*innen / Referent\*innen begleitet werden, steht Ihnen im Internet unter [www.ptk-nrw.de](http://www.ptk-nrw.de/) ein weiteres Formular zur Verfügung. | | |
| Autor\*in / Tutor\*in / Referent\*in wie unter Punkt 2  **Wenn nicht wie unter Punkt 2:** | | |
| Name der Autor\*in / Tutor\*in / Referent\*in: | |  |
| PLZ / Wohnort: | |  |
| approbiert als PP  approbiert als KJP  psychotherapeutisch weitergebildeter Arzt  Sonstige (nach § 5 Anlage 3 der Fortbildungsordnung)  Mitglied der PTK NRW - Kenn-Nr.:  Andere Kammer (welche?) | | |
|  | **Kurzporträt der Autor\*in / Tutor\*in / Referent\*in**  mit Nachweis ausreichender Fähigkeiten und Erfahrungen in dem gelehrten Thema  ist **als Anlage** beigefügt | |
| Titel des Beitrags der Autor\*in / Tutor\*in / Referent\*in: | |  |
| Bitte geben Sie den genauen zeitlichen Ablauf des Beitrags an: | | |
| **1. Tag:** Datum:  *(TT.MM.JJJJ)* **und** Uhrzeiten: von  bis  Uhr  **2. Tag:** Datum:  *(TT.MM.JJJJ)* **und** Uhrzeiten: von  bis  Uhr  **3. Tag:** Datum:  *(TT.MM.JJJJ)* **und** Uhrzeiten: von  bis  Uhr | | |
| Beschreibung der Fortbildungsmaßnahme ist **als Anlage** beigefügt *(siehe Informationsblatt)*  Beschreibung der Fortbildungsmaßnahme *(siehe Informationsblatt)*: | | |

**Versicherung des/der Verantwortlichen**

* Ich habe die Fortbildungsordnung der Psychotherapeutenkammer NRW einschließlich der An-lagen zur Kenntnis genommen und versichere, dass ich alle Angaben im Antrag wahrheitsgemäß gemacht habe.
* Ich habe zur Kenntnis genommen, dass Fortbildungsveranstaltungen die Kriterien der Fort-bildungsordnung der Psychotherapeutenkammer NRW erfüllen müssen, um anerkannt werden zu können.
* Ich versichere, dass sich das vorgelegte Programm bzw. der Inhalt der beschriebenen Fort-bildungsveranstaltung bei der Durchführung nicht verändern wird.
* Ich versichere, dass die Fortbildungsinhalte dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse derjenigen Wissenschaften entsprechen, die der Fortbildung zugrunde liegen.
* Ich versichere, dass etwaige Referenten\*innen, Fachautoren\*innen und Tutoren\*innen über die geforderten Qualifikationen nach der Fortbildungsordnung verfügen, bei der Darstellung der Themen unabhängig sind und die Darstellung der Fortbildungsinhalte im wirtschaftlichen Sinne firmen- und produktneutral ist.
* Ich verpflichtet mich, der Psychotherapeutenkammer NRW einen kostenlosen Zugang zur der Fortbildungsmaßnahme zu gewähren, wenn dies im Rahmen der Prüfung erforderlich ist.
* Ich verpflichte mich, den Teilnehmer/innen eine ausdruckbare Teilnahmebescheinigung nach erfolgreichem Abschluss der Lernerfolgskontrolle zur Verfügung zu stellen sowie Maßnahmen zu ergreifen, die nachträgliche Änderungen ausschließen.
* Ich verpflichte mich, eine (für die Teilnehmer\*innen freiwillige) Evaluation der Fort-bildungsveranstaltung nach den Vorgaben der Psychotherapeutenkammer NRW durchzuführen. Die Evaluationsbögen sind für mindestens 5 Jahre aufzubewahren und der Psychotherapeuten-kammer NRW auf Verlangen zugänglich zu machen.
* Ich versichere, die geltenden rechtlichen Bestimmungen – insbesondere des Bundesdatenschutz-gesetzes, der DSGVO, der Urhebergesetzes und des Telemediengesetzes – zu beachten und einzuhalten.

*Datum Anbieter\*in / Antragsteller\*in (Unterschrift und Stempel)*