

**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 /Aufwandder 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 derFortbildungsveranstaltung(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 [ ]  NeinAngabe 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 Beitragsder 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)*