

**Antrag auf Akkreditierung einer Intervisionsgruppe
im Rahmen der Fortbildungsordnung
der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen**

VID:	<input type="checkbox"/> Erstantrag für diese Veranstaltung			
(steht im Akkreditierungsbescheid)	<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 NRW	Name:			
	Straße:			
	PLZ:		Ort:	
	Tel.:		Fax:	
	E-Mail:			
2. Qualifikation des Antragstellers	<input type="checkbox"/> approbiert als PP seit:			
	<input type="checkbox"/> approbiert als KJP seit:			
	Kenn-Nr. bei der PTK NRW:			
3. Bezeichnung der Intervisionsgruppe (z.B. Intervisionsgruppe Mustermann)				
4. Thematischer Inhalt der Intervisionsgruppe (nach § 5 Abs. 5 der Fortbildungsordnung der PTK NRW - bitte kurz erläutern)				
5. A. Veranstaltungsform	<input type="checkbox"/> Präsenz *			
	<input type="checkbox"/> Online Medium: _____ (bitte beachten Sie die Voraussetzungen des § 5a der FBO)			
<input type="checkbox"/> Hybrid * (Präsenz- und Online) Medium: _____ (Obergrenzen bei der Teilnehmerzahl gelten weiterhin)				
5. B. Veranstaltungsort * (bei Präsenz- und Hybrid-Veranstaltungen)	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 <u>wechselnden</u> Orten:			
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
Wenn ja, wo? (Orte)				

6. Erster Veranstaltungstermin <u>Hier bitte konkretes Datum eintragen →</u> (der erste Veranstaltungstermin markiert den Beginn des Akkreditierungszeitraums)				
7. Dauer der Gruppensitzung(en) (Gesamtdauer abzüglich Pausen)	Uhrzeiten Beginn:		Ende:	
	Pausen (in Minuten)			
	Gesamtdauer Stunden:		Min.:	
8. Wie viele Punkte werden pro Termin angestrebt? (siehe hierzu Anlage 2 der Fortbildungsordnung der PTK NRW)				
9. Die Intervisionsgruppe existiert seit				
10. Gruppengröße	Teilnehmer insgesamt (min. 3, max. 15)			
11. A. 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			
11. B. Therapeutischer Schwerpunkt der Gruppenmitglieder (Zutreffendes bitte ankreuzen)	<input type="checkbox"/> psychoanalytisch <input type="checkbox"/> tiefenpsychologisch fundiert <input type="checkbox"/> verhaltenstherapeutisch <input type="checkbox"/> neuropsychologisch <input type="checkbox"/> systemisch <input type="checkbox"/> Sonstiges:			
11. C. 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:			
12. Namen der Teilnehmer	Bitte die beigefügte <u>Teilnehmerliste</u> (Seite 4) benutzen!			

Versicherung des/der fachlich verantwortlichen Ansprechpartners/in

- ◆ Ich habe die Fortbildungsordnung der Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen 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 Nordrhein-Westfalen 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 ausdrücklich, **mindestens vier Fortbildungstermine pro Jahr** während des Akkreditierungszeitraums durchzuführen und in geeigneter Weise die Anwesenheit der Teilnehmer zu kontrollieren.
- ◆ Ich verpflichte mich als Ansprechpartner/in einer akkreditierten Intervisionsgruppe bei jeder Gruppensitzung eine **Teilnehmerliste mit Protokoll** nach den Vorgaben der Kammer zu führen (wird Ihnen mit dem Akkreditierungsbescheid zugestellt) und diese Unterlagen **drei Monate nach den jeweils durchgeführten Sitzungsterminen** an die Psychotherapeutenkammer Nordrhein-Westfalen 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. 3, max. 15**):

Name, Vorname	Wohnort	Mitglied der 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	
		<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	