

Antrag auf Akkreditierung eines Qualitätszirkels im Rahmen der Fortbildungsordnung der Psychotherapeutenkammer NRW

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. Moderator/in des Qualitätszirkels	Name:		
	Straße:		
	PLZ:		Ort:
	Tel.:		Fax:
	E-Mail:		
2. Qualifikation des Moderators / der Moderatorin	<input type="checkbox"/> approbiert als PP seit:		(Jahr)
	<input type="checkbox"/> approbiert als KJP seit:		(Jahr)
	Kenn-Nr. bei der PTK NRW:		
3. Bezeichnung des Qualitätszirkels (z.B. Qualitätszirkel Mustermann)			
4. Thematischer Inhalt des Qualitätszirkels (nach § 5 Abs. 5 der Fortbildungsordnung der PTK NRW - 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?			

7. Veranstaltungstermin/e für die Gruppensitzungen <u>Hier bitte konkrete Daten eintragen →</u> (keine Angaben wie etwa „1 mal pro Monat“ oder „alle 4 Wochen“, sondern 1. Termin (TT.MM.JJ), 2. Termin usw.)				
8. Dauer der Gruppensitzung(en) (Gesamtdauer abzüglich Pausen)	Uhrzeit Beginn:		Ende:	
	Stunde(n):		Min:	
9. Wie viele Punkte werden pro Termin angestrebt? (siehe hierzu Anlage 2 der Fortbildungsordnung der PTK NRW)				
10 a) Der Qualitätszirkel existiert seit	(Jahr)			
10 b) Der Qualitätszirkel ist von einer anderen Kammer anerkannt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, von welcher?			
11 a) Gruppengröße	Teilnehmer insgesamt (min. 3, max. 15)			
11 b) Zusammensetzung der Gruppe nach Profession (Zutreffendes bitte ankreuzen)	<input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/> KJP <input type="checkbox"/> ärztliche Psychotherapeuten <input type="checkbox"/> sonstige Berufsgruppen (bitte angeben):			
11 c) Therapeutischer Schwerpunkt der Gruppenmitglieder (Zutreffendes bitte ankreuzen)	<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:			
11 d) 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:			
11 e) Namen der Teilnehmer	Bitte die beigegefügte <u>Teilnehmerliste</u> benutzen			

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/in 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/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

Moderator/-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	