

**Antrag auf Anerkennung der Zusatzbezeichnung Klinische Neuropsychologie  
im Rahmen der Weiterbildungsordnung (WBO) der Psychotherapeutenkammer NRW**

<b>1. Antragsteller/in</b>	Name:			
	Vorname:		Titel:	
	Straße:			
	PLZ:		Ort:	
	Tel.:		Fax:	
	E-Mail:			
<b>2. Kenn-Nr. bei der PTK</b>				
<b>3. Approbation</b>	<input type="checkbox"/> approbiert als PP seit:			
	<input type="checkbox"/> approbiert als KJP seit:			
<b>4. Anerkennung der Zusatzbezeichnung „Klinische Neuropsychologie“</b>	<input type="checkbox"/> Ich beantrage die Anerkennung der Zusatzbezeichnung Klinische Neuropsychologie nach § 15 WBO der PTK NRW.			
<b>4.1. Anlagen</b>	<input type="checkbox"/> Tabellarischer Lebenslauf ( <i>unterschrieben</i> ) <input type="checkbox"/> Approbationsurkunde ( <i>amtlich beglaubigte Kopie</i> ) <input type="checkbox"/> Ggf. Zertifikat „Klinischer Neuropsychologe / Klinische Neuropsychologin GNP“ ( <i>amtlich beglaubigte Kopie</i> ) <input type="checkbox"/> Bescheinigungen zur Berufstätigkeit <input type="checkbox"/> Bescheinigungen zur Supervision <input type="checkbox"/> Bescheinigungen zur theoretischen Fort-/Weiterbildung ( <i>diese Bescheinigungen dürfen bei hier eingereichtem GNP-Zertifikat nicht bereits in das GNP-Zertifikat eingeflossen sein</i> ) <input type="checkbox"/> Falldarstellungen ( <i>davon zwei Begutachtungen</i> ) <input type="checkbox"/>			
<b>4.2. Veröffentlichung auf der Homepage der PTK NRW</b>	Sollte mir die Zusatzbezeichnung erteilt werden, bin ich mit einer Veröffentlichung meiner obigen Kontaktdaten in einer Liste der Kammermitglieder mit dieser Zusatzbezeichnung auf der Homepage der PTK NRW einverstanden: <div style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein</div> Diese Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.			

Die Weiterbildungsordnung der Psychotherapeutenkammer NRW (WBO) habe ich zur Kenntnis genommen. Hiermit versichere ich die Richtigkeit meiner Angaben und die Übereinstimmung eingereicherter Kopien mit den entsprechenden Originalen.

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

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



**Nachweise Theoretische Weiterbildung Kl. Neuropsychologie (Name Ast):** \_\_\_\_\_

Besch.-Nr.	Veranstalter	Datum	Zeitdauer / Stunden	UE/Punkte	Thema / Titel	Referenten	Akkr.Nr /MD	Vermerke PTK NRW (UE)

# Psychotherapeutenkammer NRW

## Nachweise Supervision Kl. Neuropsychologie (Name Ast): \_\_\_\_\_

Besch.- Nr.	Supervisor	Datum / ggf. von bis	Stunden