

Version 02 (gültig ab 29.05.2024)

**Antrag auf Genehmigung der Hinzuziehung von
Supervisor*innen und/oder Selbsterfahrungsleiter*innen***

(*Qualifikation wurde bereits von einer Psychotherapeutenkammer geprüft bzw. eine Anerkennung als Supervisor*in und/oder Selbsterfahrungsleiter*in gem. WBO PT liegt vor)

gemäß § 11 der Weiterbildungsordnung für Psychotherapeut*innen (WBO PT) der PTK Hamburg

Bitte per Fax an 040 226 226 089 oder per Post senden an:

Psychotherapeutenkammer Hamburg
Weidestr. 122c
22083 Hamburg

Hiermit beantrage ich (antragstellende*r Weiterbildungsbefugte*r), für die nachfolgend genannte Weiterbildungsstätte die Erteilung einer Genehmigung der Hinzuziehung einer/eines Supervisorin/Supervisors bzw. einer/eines Selbsterfahrungsleiterin/Selbsterfahrungsleiters gemäß §11 der WBO PT der PTK Hamburg.

1 Generelle Angaben der/des hinzuziehenden Weiterbildungsbefugten für die Zuordnung

Mitgliedsnummer:

Name, Vorname, Titel:

Straße, PLZ, Ort:

Telefon:

E-Mail:

2 Hinzuziehung zur folgenden Weiterbildungsstätte:

Name der Weiterbildungsstätte:

zum: (Tag / Monat / Jahr)

3 Informationen zur/zum hinzugezogenen Supervisor*in oder Selbsterfahrungsleiter*in

Name, Vorname, Titel:

Straße, PLZ, Ort:

Telefon:

E-Mail:

Ggf. Mitgliedsnummer der PTK Hamburg:

Bzw. zuständige Heilberufekammer:

Approbation als	<input type="checkbox"/> Psychologische*r Psychotherapeut*in	<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in
	<input type="checkbox"/> Psychotherapeut*in	<input type="checkbox"/> Ärzt*in

4 Die Hinzuziehung wird beantragt als

Supervisor*in Selbsterfahrungsleiter*in

Bitte fügen Sie den Bescheid der Psychotherapeutenkammer über die Qualifikationsprüfung bzw. den Anerkennungsbescheid dem Antrag bei¹

4.1 Für die folgende(n) Gebietsweiterbildung(en):

Psychotherapie für Erwachsene (inkl. Richtlinienverfahren)

<input type="checkbox"/> ambulant	<input type="checkbox"/> stationär	<input type="checkbox"/> institutionell	
<input type="checkbox"/> Analytische Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Systemische Therapie	<input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie

Psychotherapie für Kinder und Jugendliche (inkl. Richtlinienverfahren)

<input type="checkbox"/> ambulant	<input type="checkbox"/> stationär	<input type="checkbox"/> institutionell	
<input type="checkbox"/> Analytische Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Systemische Therapie	<input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie

Neuropsychologische Psychotherapie (inkl. Methoden und Techniken eines Richtlinienverfahrens)

<input type="checkbox"/> ambulant	<input type="checkbox"/> stationär	<input type="checkbox"/> institutionell	
<input type="checkbox"/> Analytische Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Systemische Therapie	<input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie

¹ Sofern eine Anerkennung/Prüfung der Qualifikation innerhalb der Bereichsweiterbildung für die Richtlinienverfahren vorliegt, kann die/der entsprechende Supervisor*in/Selbsterfahrungsleiter*in mit dieser Anerkennung/Qualifikationsprüfung auch in der Gebietsweiterbildung für dieses Richtlinienverfahren hinzugezogen werden

4.2 Für die folgende(n) Bereichsweiterbildung(en):

<input type="checkbox"/> Analytische Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Erwachsene	<input type="checkbox"/> Kinder & Jugendliche
<input type="checkbox"/> Systemische Therapie		
<input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Erwachsene	<input type="checkbox"/> Kinder & Jugendliche
<input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie	<input type="checkbox"/> Erwachsene	<input type="checkbox"/> Kinder & Jugendliche
<input type="checkbox"/> Spezielle Psychotherapie bei Diabetes	<input type="checkbox"/> Erwachsene	<input type="checkbox"/> Kinder & Jugendliche
<input type="checkbox"/> Spezielle Schmerzpsychotherapie	<input type="checkbox"/> Erwachsene	<input type="checkbox"/> Kinder & Jugendliche
<input type="checkbox"/> Sozialmedizin ²		
<input type="checkbox"/> Gesprächspsychotherapie		

5 Abschluss-Erklärung des/der Weiterbildungsbefugten:

Die Weiterbildungsordnung PT der PTK Hamburg habe ich zur Kenntnis genommen. Hiermit versichere ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Ort, Datum:

Name [Druckbuchstaben] und Unterschrift Weiterbildungsbefugte*r:

6 Abschluss-Erklärung der hinzugezogenen Person:

Die Weiterbildungsordnung PT der PTK Hamburg habe ich zur Kenntnis genommen. Hiermit versichere ich die Richtigkeit meiner Angaben und die Übereinstimmung eingereichter Kopien mit den entsprechenden Originalen.

Ich bin damit einverstanden, auf der Homepage der PTK Hamburg als Supervisor*in / Selbsterfahrungsleiter*in in der Weiterbildung gelistet zu werden³.

Ort, Datum:

Name [Druckbuchstaben] und Unterschrift hinzugezogene Person:

² Bei dieser Bereichsweiterbildung ist keine Selbsterfahrung vorgesehen. Eine Hinzuziehung von Selbsterfahrungsleiter*innen ist daher nicht erforderlich.

³ Bitte beachten Sie, dass ausschließlich hinzugezogene Kammermitglieder der Psychotherapeutenkammer Hamburg auf der Homepage der PTK Hamburg geführt werden. Die Veröffentlichung auf der Homepage ist freiwillig.