

Antrag auf Feststellung der Qualifikation

als Supervisor*in in der Weiterbildung

gemäß § 11 der WBO PT der PTK Hamburg

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

Psychotherapeutenkammer Hamburg
Weidestr. 122c
22083 Hamburg

Ich beantrage hiermit die Feststellung der Qualifikation als Supervisor*in gemäß der Weiterbildungsordnung für Psychotherapeut*innen (WBO PT) der Psychotherapeutenkammer Hamburg für folgende Weiterbildung:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Analytische Psychotherapie (Gebiet und Bereich) | <input type="checkbox"/> Erwachsene <input type="checkbox"/> Kinder/Jugendliche |
| <input type="checkbox"/> Systemische Therapie (Gebiet und Bereich) | <input type="checkbox"/> Erwachsene <input type="checkbox"/> Kinder/Jugendliche |
| <input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Gebiet und Bereich) | <input type="checkbox"/> Erwachsene <input type="checkbox"/> Kinder/Jugendliche |
| <input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie (Gebiet und Bereich) | <input type="checkbox"/> Erwachsene <input type="checkbox"/> Kinder/Jugendliche |
| <input type="checkbox"/> Neuropsychologische Psychotherapie (Gebiet) | |
| <input type="checkbox"/> Gesprächspsychotherapie (Bereich) | |
| <input type="checkbox"/> Spezielle Psychotherapie bei Diabetes (Bereich) | |
| <input type="checkbox"/> Spezielle Schmerzpsychotherapie (Bereich) | |
| <input type="checkbox"/> Sozialmedizin (Bereich) | |

Generelle Angaben für die Zuordnung

Ich bin Mitglied der PTK Hamburg

Ich bin Mitglied einer anderen Heilberufekammer, und zwar

Mitgliedsnummer: HH-

Name, Vorname, Titel:

Straße, PLZ, Ort:

Telefon:

E-Mail:

Approbation:	<input type="checkbox"/> Psychologische*r Psychotherapeut*in <input type="checkbox"/> Psychotherapeut*in	<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in <input type="checkbox"/> Fachärztin/-arzt für Psychiatrie, Psychotherapie; Psychosomatische Medizin, Psychotherapie; Kinder- und Jugendpsychiatrie, Neurologie
Relevante Gebiets- und Bereichsweiterbildung	Anerkennungsdatum:	Ausstellende Behörde/Kammer:

Folgende Nachweise sind beizufügen:

<input type="checkbox"/>	Amtlich beglaubigte Kopie der Approbationsurkunde der Antragstellerin / des Antragstellers (<i>sofern diese der PTK Hamburg noch nicht vorliegt</i>)
<input type="checkbox"/>	und ggf. relevante Zusatzqualifikation (z.B. Kopie der Zusatzqualifikation für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen entsprechend der Psychotherapie-Vereinbarung bei PP);
<input type="checkbox"/>	PP und KJP: <ol style="list-style-type: none"> 1. Entsprechende Zusatzbezeichnung nach dieser Weiterbildungsordnung (<i>sofern die PTK Hamburg nicht die Zusatzbezeichnung im entsprechenden Weiterbildungsbereich selbst anerkannt hat, bitte den Nachweis als Kopie einreichen</i>) oder 2. Nachweis über die vertiefte Ausbildung gemäß § 5 Psychotherapeutengesetz in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung im entsprechenden Bereich oder 3. Nachweis über die entsprechende Fachkunde gemäß § 12 Psychotherapeutengesetz in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung i. V. m. § 95 c Sozialgesetzbuch V;
<input type="checkbox"/>	Fachpsychotherapeut*innen: <ol style="list-style-type: none"> 1. Anerkennung einer entsprechenden Gebiets- oder Bereichsweiterbildung (Kopie) und 2. Nachweise, aus denen sich die Qualifikation für die Psychotherapieverfahren oder für die Methoden und Techniken eines Psychotherapieverfahrens ergibt, die vermittelt werden können (Kopie); Fachärzt*innen für Psychiatrie und Psychotherapie; Psychosomatische Medizin und Psychotherapie; Kinder- und Jugendpsychiatrie, Neurologie: <ol style="list-style-type: none"> 1. Anerkennung der fachärztlichen Weiterbildung (Kopie) 2. Nachweise, aus denen sich die Qualifikation für die Psychotherapieverfahren oder für die Methoden und Techniken eines Psychotherapieverfahrens ergibt, die vermittelt werden können
<input type="checkbox"/>	Bereichsweiterbildung: Nachweis über mind. 3-jährige berufliche Tätigkeit im entsprechenden Weiterbildungsbereich seit der Anerkennung der Zusatzbezeichnung/Bereichsweiterbildung (Selbsterklärung mit Datum und Unterschrift und Nachweise (z. B. Angabe aus KV-Profil, Arbeitszeugnisse etc.)).
<input type="checkbox"/>	Gebietsweiterbildung: Nachweis über mind. 3-jährige berufliche Tätigkeit (Selbsterklärung mit Datum und Unterschrift) zu Dauer und Umfang der bisherigen Tätigkeiten im beantragten Gebiet und Versorgungsbereich seit der Approbation. Bitte Nachweise (z.B. Tätigkeitsangaben aus dem persönlichen Benutzerprofil der KV-Homepage, Bescheinigungen des Arbeitgebers oder Arbeitszeugnisse) einreichen

	Bei einer Tätigkeit in Teilzeit verlängert sich der Zeitraum der genannten Erfahrungszeiten entsprechend. Bitte Nachweise (z.B. Tätigkeitsangaben aus dem persönlichen Benutzerprofil der KV-Homepage, Bescheinigungen des Arbeitgebers oder Arbeitszeugnisse) einreichen;
<input type="checkbox"/>	unterschriebener tabellarischer Lebenslauf, aus dem die für die Prüfung der Qualifikation relevanten Inhalte, Zeiten und Stationen ersichtlich sind;
<input type="checkbox"/>	Selbsterklärung der Antragstellerin/des Antragstellers hinsichtlich der persönlichen Eignung (s. Anlage 1).

Abschluss-Erklärung:

Die Weiterbildungsordnung für Psychotherapeut*innen der Psychotherapeutenkammer Hamburg habe ich zur Kenntnis genommen. Hiermit versichere ich die Richtigkeit meiner Angaben und die Übereinstimmung eingereicherter Kopien mit den entsprechenden Originalen.

Mir ist bekannt, dass der Antrag auf Anerkennung als Supervisor*in in der Weiterbildung gebührenpflichtig ist. Die Gebühr für einen Antrag auf Anerkennung als Supervisor *in in der Weiterbildung richtet sich nach der aktuell gültigen Gebührenordnung der PTK Hamburg Die Gebühr für diesen Antrag entsteht mit Antragsstellung; damit ist die Gebühr auch zu leisten, wenn der Antrag negativ beschieden oder zurückgenommen wird. Der Gebührenbescheid wird nach Abschluss des Verfahrens verschickt.

Ich bin damit einverstanden, auf der Homepage der Psychotherapeutenkammer Hamburg als Supervisor*in in der Weiterbildung gelistet zu werden¹.

Ort, Datum:

Name [Druckbuchstaben] und Unterschrift Antragsteller*in:

¹ Die Veröffentlichung auf der Homepage der PTK Hamburg ist freiwillig.

Anlage 1: Selbsterklärung zur persönlichen Eignung

Titel/Vorname/Name:

Geb. am:

Mitgliedsnummer:

Bestehen gesundheitliche Beeinträchtigungen, die Ihnen die verantwortungsvolle Ausübung der Arbeit als Supervisor*in erschweren und/oder diese beeinträchtigen?

 Nein

 Ja, und zwar folgende (mit Zeitangaben):

Welche Folgen im Hinblick auf die Beeinträchtigung und Belastbarkeit sind noch vorhanden?

Abschluss-Erklärung:

Ich bestätige die Richtigkeit der getätigten Angaben. Ich bestätige darüber hinaus, dass keine berufsrechtlichen, strafrechtlichen oder arbeitsrechtlichen Umstände vorliegen, die der Anerkennung als Supervisor*in entgegenstehen. Mir ist bewusst, dass, sollten sich die Angaben als falsch herausstellen, die Anerkennung als Supervisor*in ganz oder teilweise zurückgenommen oder widerrufen werden kann. Mir ist ebenfalls bewusst, dass ich verpflichtet bin, die PTK Hamburg jederzeit zu informieren, falls meine persönliche Eignung nicht mehr gegeben ist oder aufgrund von berufsrechtlichen, strafrechtlichen oder arbeitsrechtlichen Umständen in Zweifel gezogen werden kann

Ort, Datum:

Name [Druckbuchstaben] und Unterschrift Antragsteller*in: