

Antragsformular A10

Antrag auf Akkreditierung einer **Selbsterfahrungsveranstaltung**

AKNR: 27678020 ____ / ____ 000

(Bitte dieses Feld nicht beschriften!)

Mit diesem Antragsformular können nur fortlaufende Selbsterfahrungsveranstaltungen beantragt werden, die im Regelfall den gleichen Teilnehmer*innenkreis haben. Hierzu gehören fortlaufende Selbsterfahrungen in der Gruppe und fortlaufende Einzelselberfahrungen. Akkreditierungsfähig sind nur Selbsterfahrungsveranstaltungen, die sich (auch) an approbierte PP, KJP, P und Ärzte/Ärztinnen richten. Dieser Antrag kann von dem/der Selbsterfahrungsleiter*in oder auch von einem/einer Teilnehmer*in gestellt werden. Einmalige Selbsterfahrungsveranstaltungen müssen mit dem Antragsformular **A1** beantragt werden!

- Erstantrag (bisher keine Akkreditierung dieser Selbsterfahrungsveranstaltung)

Verlängerungsantrag (Akkreditierung bereits früher erteilt unter folgender **AKNR**:)

10. Wie viele Sitzungen (Treffen) finden pro Jahr statt bzw. sind geplant?	Durchschnittlich etwa Sitzungen/Treffen p.a.																																																																														
<p>11. Sitzungstermine</p> <p>Hier bitte die genauen Termine (TT.MM.JJJJ) der <u>bereits geplanten nächsten Sitzungen</u> auflisten (z.B. 25.09.2015). Sofern die Termine zum Zeitpunkt der Antragstellung noch nicht feststehen, müssen diese <u>Termine nachgereicht</u> werden. Bereits <u>vor</u> Antragstellung stattgefundene Termine können leider <u>nicht</u> berücksichtigt werden!</p> <p>Bitte beachten: <u>Vorherige Terminmeldungen zwingend erforderlich.</u> Alle Sitzungstermine der Selbsterfahrung müssen der Kammer nach erfolgter Akkreditierung <u>vorab</u> unter Angabe der AKNR gemeldet werden. Eine <u>nachträgliche Anrechnung</u> nicht gemeldeter <u>Termine</u> auf das Fortbildungszertifikat ist <u>grundsätzlich nicht möglich</u>. Ebenso wenig können im Regelfall Sitzungen nicht akkreditierter Selbsterfahrungen angerechnet werden.</p> <table border="1"> <tr><td>1.</td><td>2.</td></tr> <tr><td>3.</td><td>4.</td></tr> <tr><td>5.</td><td>6.</td></tr> <tr><td>7.</td><td>8.</td></tr> <tr><td>9.</td><td>10.</td></tr> </table>			1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.																																																																			
1.	2.																																																																														
3.	4.																																																																														
5.	6.																																																																														
7.	8.																																																																														
9.	10.																																																																														
12. Teilnehmer*innen (Diese Angaben sind nur bei einer <u>fortlaufenden Gruppe</u> erforderlich)	<p>Anzahl Teilnehmer*innen insgesamt (aktueller Stand):</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Zusammensetzung der Gruppe:</u> (zutreffendes bitte ankreuzen) <table> <tr><td><input type="checkbox"/> PP</td><td><input type="checkbox"/> KJP</td><td><input type="checkbox"/> P</td></tr> <tr><td colspan="3"><input type="checkbox"/> ärztliche Psychotherapeut*innen</td></tr> <tr><td colspan="3"><input type="checkbox"/> andere Berufsgruppen</td></tr> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Zusammensetzung der Gruppe nach Tätigkeitsfeld:</u> (zutreffendes bitte ankreuzen) <table> <tr><td><input type="checkbox"/> ambulante Versorgung</td><td><input type="checkbox"/> (teil-)stationäre Versorgung</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Beratungsstelle</td><td><input type="checkbox"/> andere Tätigkeitsfelder</td></tr> </table> </table>		<input type="checkbox"/> PP	<input type="checkbox"/> KJP	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> ärztliche Psychotherapeut*innen			<input type="checkbox"/> andere Berufsgruppen			<input type="checkbox"/> ambulante Versorgung	<input type="checkbox"/> (teil-)stationäre Versorgung	<input type="checkbox"/> Beratungsstelle	<input type="checkbox"/> andere Tätigkeitsfelder																																																																
<input type="checkbox"/> PP	<input type="checkbox"/> KJP	<input type="checkbox"/> P																																																																													
<input type="checkbox"/> ärztliche Psychotherapeut*innen																																																																															
<input type="checkbox"/> andere Berufsgruppen																																																																															
<input type="checkbox"/> ambulante Versorgung	<input type="checkbox"/> (teil-)stationäre Versorgung																																																																														
<input type="checkbox"/> Beratungsstelle	<input type="checkbox"/> andere Tätigkeitsfelder																																																																														
<p>13. <u>Bei Gruppen / Teams:</u> Auflistung der Teilnehmer*innen (ohne Selbsterfahrungsleiter*in)</p> <p>Hier bitte (zumindest) diejenigen Teilnehmer*innen auflisten, die <u>Fortbildungspunkte</u> erwerben möchten. Diese Angaben sind <u>zwingend erforderlich</u> (bitte vorher <u>Einverständnis</u> der Teilnehmer*innen einholen)!</p> <p><u>Meldung von Änderungen der Gruppenzusammensetzung:</u> Bitte melden Sie Veränderungen der Gruppenzusammensetzung - soweit es PP, KJP, P und Ärzte/Ärztinnen betrifft - unter Angabe der im Bescheid mitgeteilten Akkreditierungsnr. (AKNR).</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Name</th> <th>Vorname</th> <th>Titel/ Akad. Grad.</th> <th>Profession</th> <th>PLZ</th> <th>Wohnort</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1.</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2.</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3.</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4.</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5.</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6.</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7.</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8.</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>9.</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10.</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>				Name	Vorname	Titel/ Akad. Grad.	Profession	PLZ	Wohnort	1.							2.							3.							4.							5.							6.							7.							8.							9.							10.						
	Name	Vorname	Titel/ Akad. Grad.	Profession	PLZ	Wohnort																																																																									
1.																																																																															
2.																																																																															
3.																																																																															
4.																																																																															
5.																																																																															
6.																																																																															
7.																																																																															
8.																																																																															
9.																																																																															
10.																																																																															
14. Werden für die Selbsterfahrungen <u>Teilnahmegebühren</u> erhoben?	<input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja → <u>wenn ja:</u> € pro Sitzung / pro Teilnehmer*in																																																																														

<p>15. Wird diese beantragte Selbsterfahrung bereits von einer <u>anderen</u> Kammer anerkannt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja</p> <p>→ <u>wenn ja</u>, von welcher Kammer? (bitte Name/n angeben)</p>
<p>16. Soll die Akkreditierung der Selbsterfahrungsgruppe in einem Verzeichnis akkreditierter Selbsterfahrungsgruppen veröffentlicht werden? (nur für Selbsterfahrungsgruppen)</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p><u>wenn ja</u> → Geben Sie bitte hier Kontaktdaten für Interessierte an:</p> <p>*Telefon:</p> <p>*Fax:</p> <p>*E-Mail:</p> <p>*Internet:</p> <p>(*Mindestens 1 Angabe ist <u>zwingend</u> erforderlich)</p>
<p>→ Haben Sie bitte Verständnis dafür, dass unvollständige Anträge leider nicht bearbeitet werden können.</p>	

Versicherung der antragstellenden Person

Bitte lesen Sie die nachfolgende Information und bestätigen Sie durch Ankreuzen, dass Sie den Inhalt zur Kenntnis genommen haben:

Die **Akkreditierung** einer fortlaufenden Selbsterfahrungsveranstaltung mit gleichem Teilnehmer*innenkreis (im Einzel- oder Gruppensetting) erfolgt für die Dauer von sieben Jahren und gründet auf der Fortbildungsordnung. Sollte diese C2-Veranstaltung danach weitergeführt werden, ist rechtzeitig ein neuer Antrag zu stellen. Bei einer akkreditierten Selbsterfahrung hat der/die Selbsterfahrungsleiter*innen bestimmte Anforderungen zu erfüllen und bedarf der Anerkennung durch die LPK. Die Akkreditierung einer fortlaufenden Selbsterfahrung mit gleichem Teilnehmer*innenkreis (im Einzel- oder Gruppensetting) ist immer an die Person des anerkannten Selbsterfahrungsleiters / der anerkannten Selbsterfahrungsleiterin gebunden. **Scheidet der/die Selbsterfahrungsleiter*in aus, dann erlischt die Akkreditierung dieser Selbsterfahrung.**

Teilnehmer*innenliste: Bei jeder Sitzung einer akkreditierten fortlaufenden Selbsterfahrung (im Einzel- oder Gruppensetting) ist eine Teilnehmer*innenliste mit Originalunterschriften nach den Vorgaben der Landespsychotherapeutenkammer zu führen. Die Original-Teilnehmer*innenlisten sind mindestens 5 Jahre aufzubewahren und auf Verlangen der Kammer vorzulegen.

Sitzungstermine: Es ist zwingend erforderlich, dass alle Sitzungstermine der akkreditierten Selbsterfahrungsveranstaltung der Kammer vorab unter Angabe der AKNR gemeldet werden müssen (z. B.: 10.10.2015, 11.11.2015, 14.12.2015 etc.).

Teilnehmer*innen: Die fortlaufende Selbsterfahrungsveranstaltung wird für einen/einer bestimmten Teilnehmer*in bzw. für einen bestimmten Teilnehmer*innenkreis akkreditiert. Änderungen der Gruppenzusammensetzung (neue Teilnehmer*innen, ausgeschiedene Teilnehmer*innen) sind der Kammer unter Angabe der AKNR namentlich anzuseigen, soweit es PP, KJP, P und Ärzte/Ärztinnen betrifft.

Gebühren: Die Akkreditierung einer fortlaufenden EinzelSelbsterfahrung erfolgt gebührenfrei. Die Gebühr der Akkreditierung einer fortlaufenden Selbsterfahrung im Gruppensetting richtet sich nach der jeweils gültigen Gebührenordnung.

- Ich habe diese INFORMATION zur Kenntnis genommen.
- Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben in diesem Antrag.

Ort, Datum:

_____ Unterschrift der antragstellenden Person

(LPK-BW/Stand: 06.12.2023)