



## Antrag auf Akkreditierung einer IFA-Gruppe

**AKNR: 27678020 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 000 \_\_\_\_**

(Bitte dieses Feld nicht beschriften!)

Mit diesem Antragsformular können nur fortlaufende IFA-Gruppen beantragt werden, die im Regelfall den gleichen Teilnehmer\*innenkreis haben. Dieser Antrag kann nur von dem/der IFA-Gruppenleiter\*in gestellt werden.  
Einmalige IFA-Gruppenveranstaltungen müssen mit dem Antragsformular A1 beantragt werden!

- Erstantrag (bisher keine Akkreditierung dieser IFA-Gruppe)  
 Verlängerungsantrag (Akkreditierung bereits früher erteilt unter folgender **AKNR:** )

1. Bezeichnung / Titel der IFA-Gruppe	
2. IFA-Gruppenleiter*in (= Antragsteller*in)	<b>VID = P</b> (falls bereits vorhanden, bitte hier Ihre <u>Veranstalter-Nummer</u> eintragen. Diese beginnt mit einem P und hat insgesamt 5 Stellen)  Name: Vorname:              Titel: Straße: PLZ:              / Ort: Tel.:              Fax: E-Mail:
3. Psychotherapeutische Qualifikation	<input type="checkbox"/> PP → Approbation erteilt im Jahr: <input type="checkbox"/> KJP → Approbation erteilt im Jahr: <input type="checkbox"/> P → Approbation erteilt im Jahr: <input type="checkbox"/> psychotherapeutisch weitergebildete/r Ärztin/Arzt Abschluss der Weiterbildung im Jahr: <input checked="" type="checkbox"/> keine Approbation, aber äquivalente Qualifikation → welche? (bitte beschreiben):

4. Bereits als IFA-Gruppenleiter*in durch die LPK-BW anerkannt?	<input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <u>wenn ja:</u> → Bitte hier AKNR angeben: <u>wenn nein:</u> → IFA-Gruppenleiter*innen müssen bestimmte Kriterien erfüllen. Im Regelfall ist es deshalb erforderlich, dass der IFA- Gruppenleiter*innen einen <u>Antrag auf Anerkennung</u> stellt (Formular A6). <u>Alternativ</u> müssen diesem Antrag <u>Unterlagen in Kopie</u> beigelegt werden kann (z. B. Approbations- oder Weiterbildungsurkunden, Eintrag ins Arztregerister, Anerkennungen durch andere Kammer, Fachgesellschaften oder Ausbildungsinstitute). <u>Ohne diese Nachweise kann der Antrag nicht bearbeitet werden.</u> Bitte ggf. einen Antrag stellen.				
5. Veranstaltungsort	<p><u>Die beantragten Veranstaltungen finden ausschließlich in Baden-Württemberg statt:</u></p> <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> nein <p><u>Die Veranstaltungen finden an wechselnden Orten statt:</u></p> <input type="checkbox"/> ja → häufigster Veranstaltungsort: <input type="checkbox"/> nein → Veranstaltungsort:				
6. Dauer einer üblichen Sitzung (Fortbildungszeit)  <u>Interne Bemessung</u> (wird von LPK ausgefüllt)  FE: ____ / Punkte: ____	Beginn:            Uhr (hh.mm) Ende:            Uhr (hh.mm) Pausen (insg. in Minuten):				
7. Wie viele Sitzungen (Treffen) finden pro Jahr statt bzw. sind geplant?	Durchschnittlich etwa _____ Sitzungen/Treffen p.a.				
8. Sitzungstermine					
<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><b>Bitte beachten: Vorherige Terminmeldungen zwingend erforderlich.</b> Alle Sitzungstermine der IFA-Gruppe 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 IFA-Gruppen angerechnet werden.</p>					
1. 3. 5. 7. 9.	2. 4. 6. 8. 10.				
9. Teilnehmer*innen	<p>Anzahl Teilnehmer*innen insgesamt (aktueller Stand): _____</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Zusammensetzung der Gruppe:</u> (zutreffendes bitte ankreuzen)</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> PP      <input type="checkbox"/> KJP      <input type="checkbox"/> P</p> <p><input type="checkbox"/> ärztliche Psychotherapeut*innen  <input type="checkbox"/> andere Berufsgruppen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Zusammensetzung der Gruppe nach Tätigkeitsfeld:</u> (zutreffendes bitte ankreuzen)</li> </ul> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> ambulante Versorgung</td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> (teil-)stationäre Versorgung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Beratungsstelle</td> <td><input type="checkbox"/> andere Tätigkeitsfelder</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> ambulante Versorgung	<input type="checkbox"/> (teil-)stationäre Versorgung	<input type="checkbox"/> Beratungsstelle	<input type="checkbox"/> andere Tätigkeitsfelder
<input type="checkbox"/> ambulante Versorgung	<input type="checkbox"/> (teil-)stationäre Versorgung				
<input type="checkbox"/> Beratungsstelle	<input type="checkbox"/> andere Tätigkeitsfelder				

**10. Auflistung der Teilnehmer\*innen (ohne IFA-Gruppenleiter\*in)**

Hier bitte (zumindest) die Teilnehmer\*innen auflisten, die Fortbildungspunkte erwerben möchten. Diese Angaben sind zwingend erforderlich (bitte vorher Einverständnis der Teilnehmer\*innen einholen)!

**Meldung von Änderungen der Gruppenzusammensetzung:** Bitte melden Sie Veränderungen der Gruppenzusammensetzung - soweit es PP, KJP, P und Ärzte/Ärztinnen betrifft - unter Angabe der im Bescheid mitgeteilten Akkreditierungsnummer (AKNR).

	Name	Vorname	Titel/ Akad. Grad.	Profession	PLZ	Wohnort
1.						
2						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						

11. Werden für die Veranstaltung <u>Teilnahmegebühren</u> erhoben?	<input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja → <u>wenn ja:</u> €      pro Sitzung / pro Teilnehmer*in
12. Wird diese beantragte IFA-Gruppe bereits von einer <u>anderen</u> Kammer anerkannt?	<input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/> ja → <u>wenn ja</u> , von welcher Kammer? (bitte Name/n angeben)
13. Soll die Akkreditierung der IFA-Gruppe in einem Verzeichnis akkreditierter IFA-Gruppen veröffentlicht werden?	<input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <u>wenn ja:</u> → Geben Sie bitte hier Kontaktdaten für Interessierte an: *Telefon: *Fax: *E-Mail: *Internet: (*Mindestens 1 Angabe ist <u>zwingend</u> erforderlich)
<b>➔ <u>Haben Sie bitte Verständnis dafür, dass unvollständige Anträge leider nicht bearbeitet werden können.</u></b>	

## **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 IFA-Gruppe mit gleichem Teilnehmer\*innenkreis 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 IFA-Gruppe hat der/die IFA-Gruppenleiter\*in bestimmte Anforderungen zu erfüllen und bedarf der Anerkennung durch die LPK. Die Akkreditierung einer fortlaufenden IFA-Gruppe mit gleichem Teilnehmer\*innenkreis ist immer an die Person des anerkannten IFA-Gruppenleiters / der anerkannten IFA-Gruppenleiterin gebunden. Scheidet der/die IFA-Gruppenleiter\*in aus, dann erlischt die Akkreditierung dieser IFA-Gruppe.*

**Teilnehmer\*innenliste:** Bei jeder Sitzung einer akkreditierten fortlaufenden IFA-Gruppe 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 IFA-Gruppe 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 IFA-Gruppe wird für einen bestimmten Teilnehmer\*innenkreis akkreditiert. Änderungen der Gruppenzusammensetzung (neue Teilnehmer\*innen, ausgeschiedene Teilnehmer\*innen) sind der Kammer unter Angabe der AKNR namentlich anzugeben, soweit es PP, KJP, P und Ärzte/Ärztinnen betrifft.

**Gebühren:** Die Gebühr der Akkreditierung einer fortlaufenden IFA-Gruppe 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)