

## Antragsformular A2

# Antrag auf Anerkennung als Supervisor\*in

**AKNR: 27678020** / **000** (Bitte dieses Feld nicht beschriften!)

- Erstantrag (bisher keine Anerkennung als Supervisor\*in)  
 Verlängerungsantrag (Anerkennung bereits früher erteilt unter folgender **AKNR**:

|   |   |
|---|---|
| <p>5. Therapie (Verfahren/Methode), in der die Supervision erteilt werden soll</p> <p><i>Bitte belegen Sie Ihre Angaben durch entsprechende Nachweise (Kopien)!</i></p> | <p><input type="checkbox"/> <u>Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie</u></p> <p>Aus- und / oder Weiterbildungsabschluss: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Abschluss der Aus-/Weiterbildung (Jahr):</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Analytische Psychotherapie</u></p> <p>Aus- und / oder Weiterbildungsabschluss: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Abschluss der Aus-/Weiterbildung (Jahr):</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Verhaltenstherapie</u></p> <p>Aus- und / oder Weiterbildungsabschluss: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Abschluss der Aus-/Weiterbildung (Jahr):</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Gesprächspsychotherapie</u></p> <p>Aus- und / oder Weiterbildungsabschluss: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Abschluss der Aus-/Weiterbildung (Jahr):</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Systemische Therapie</u></p> <p>Aus- und / oder Weiterbildungsabschluss: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Abschluss der Aus-/Weiterbildung (Jahr):</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Klinische Neuropsychologie</u></p> <p>Aus- und / oder Weiterbildungsabschluss: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Abschluss der Aus-/Weiterbildung (Jahr):</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Andere/s Verfahren/Methode:</u></p> <p>Aus- und / oder Weiterbildungsabschluss: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Abschluss der Aus-/Weiterbildung (Jahr):</p> |
| <p>6. Zielgruppe der Supervision</p>  | <p><input type="checkbox"/> PP      <input type="checkbox"/> KJP      <input type="checkbox"/> P</p> <p><u>außerdem:</u></p> <p><input type="checkbox"/> ärztliche Psychotherapeut*innen</p> <p><input type="checkbox"/> andere Berufsgruppen</p>   |
| <p>7. Ich bin parallel zu meiner supervisorischen Tätigkeit auch <u>psychotherapeutisch</u> tätig</p>   | <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><u>wenn ja:</u> → Im Umfang von _____ Std. / Woche</p>  |

8. Ich bin damit einverstanden, dass mein Name und meine Kontaktdaten in die Liste der anerkannten Supervisor\*innen aufgenommen werden und dass diese Liste auf der Homepage der LPK Baden Württemberg öffentlich zugänglich gemacht werden darf

- ja  
 nein

### **Versicherung der antragstellenden Person**

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

*Die Anerkennung als Supervisor\*in wird von der LPK Baden-Württemberg für sieben Jahre erteilt und gründet auf der Fortbildungsordnung. Nach Ablauf des Anerkennungszeitraums ist ggf. rechtzeitig ein neuer Antrag zu stellen. Die Gebühr der Anerkennung als Supervisor\*in richtet sich nach der aktuell gültigen Gebührenordnung. Die Anerkennung als Supervisor\*in ist nicht gleichbedeutend mit der Akkreditierung der durchgeführten Supervisionsveranstaltungen (Einzel-supervisionen oder Gruppensupervisionen). Wenn Teilnehmer\*innen von Supervisionsveranstaltungen Fortbildungspunkte erwerben möchten, dann muss die Akkreditierung dieser Supervisionsveranstaltungen separat beantragt werden (Antrag auf Akkreditierung einer Supervisionsveranstaltung).*

*Entsprechende Anträge können von Supervisor\*innen selbst oder von den Teilnehmer\*innen gestellt werden. Akkreditierungsfähig sind nur Supervisionsveranstaltungen, die sich (auch) an approbierte PP, KJP, P und Ärzte/Ärztinnen richten. Die Akkreditierung von Supervisionsveranstaltungen (Gruppe, Einzel-supervision) ist immer an die Leitung gebunden. Scheiden Supervisor\*innen aus, dann erlischt die Akkreditierung dieser Supervisionsveranstaltung.*

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

---

Ort, Datum:

Unterschrift der antragstellenden Person

[LPK/Stand: 06.12.2023]