



Antrag auf Anerkennung als **Selbsterfahrungsleiter*in**

AKNR: 27678020 / **000**

(Bitte dieses Feld nicht beschriften!)

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

1. Antragsteller*in	<p>VID = P (falls bereits vorhanden, bitte hier Ihre <u>Veranstalter-Nummer</u> eintragen. Diese beginnt mit einem P und hat insgesamt 5 Stellen)</p> <p>Name: Vorname: Titel: Straße: PLZ: Ort: Tel.: Fax: E-Mail:</p>
2. Psychotherapeutische Qualifikation I	<p><input type="checkbox"/> PP → Approbation erteilt im Jahr: <input type="checkbox"/> KJP → Approbation erteilt im Jahr: <input type="checkbox"/> P (mit abgeschlossener Fachgebietsweiterbildung → Abschluss der Fachgebietsweiterbildung im Jahr: <input type="checkbox"/> psychotherapeutisch weitergebildete/r Ärztin/Arzt Abschluss der Weiterbildung im Jahr: <input type="checkbox"/> keine Approbation, aber äquivalente Qualifikation → welche? (bitte beschreiben):</p>
3. Psychotherapeutische Qualifikation II	<p><u>Fachkunde in einem Richtlinienverfahren:</u> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <u>Eintrag ins Arztregerister:</u> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
4. Bereits vorhandene Anerkennungen als Selbsterfahrungsleiter*in auf Grundlage der Fort- und/oder Weiterbildungsordnung einer inländischen Heilberufekammer	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → welche? (bitte auflisten und <u>Nachweise</u> beilegen!):</p>

<p>5. <u>Therapie (Verfahren/Methode)</u>, in der die Selbsterfahrung erteilt werden soll</p> <p><i>Bitte belegen Sie ggf. Ihre Angaben durch entsprechende Nachweise (Kopien)!</i></p>	<p><input type="checkbox"/> <u>tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie</u> Aus- und / oder Weiterbildungsabschluss: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Abschluss der Aus-/Weiterbildung (Jahr):</p> <p><input type="checkbox"/> <u>analytische Psychotherapie</u> Aus- und / oder Weiterbildungsabschluss: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Abschluss der Aus-/Weiterbildung (Jahr):</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Verhaltenstherapie</u> Aus- und / oder Weiterbildungsabschluss: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Abschluss der Aus-/Weiterbildung (Jahr):</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Gesprächspsychotherapie</u> Aus- und / oder Weiterbildungsabschluss: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Abschluss der Aus-/Weiterbildung (Jahr):</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Systemische Therapie</u> Aus- und / oder Weiterbildungsabschluss: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Abschluss der Aus-/Weiterbildung (Jahr):</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Klinische Neuropsychologie</u> Aus- und / oder Weiterbildungsabschluss: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Abschluss der Aus-/Weiterbildung (Jahr):</p> <p><input type="checkbox"/> <u>andere/s Verfahren/-methode:</u> Aus- und / oder Weiterbildungsabschluss: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Abschluss der Aus-/Weiterbildung (Jahr):</p>
<p>6. Zielgruppe der Selbsterfahrung</p>	<p><input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/> KJP <input type="checkbox"/> P <u>außerdem:</u></p> <p><input type="checkbox"/> ärztliche Psychotherapeut*innen <input type="checkbox"/> andere Berufsgruppen</p>
<p>7. Ich bin parallel zu meiner Tätigkeit als Selbsterfahrungsleiter*in 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>
<p>8. Ich bin damit einverstanden, dass mein Name und meine Kontaktdaten in die <u>Liste der anerkannten Selbsterfahrungsleiter*innen</u> aufgenommen werden und dass diese Liste auf der Homepage der LPK Baden-Württemberg öffentlich zugänglich gemacht werden darf</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</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 Anerkennung als Selbsterfahrungsleiter*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 Selbsterfahrungsleiter*in richtet sich nach der aktuell gültigen Gebührenordnung. Die Anerkennung als Selbsterfahrungsleiter*in ist nicht gleichbedeutend mit der Akkreditierung der durchgeführten Selbsterfahrungsveranstaltungen (EinzelSelbsterfahrung oder Gruppenselbsterfahrung). Wenn Teilnehmer*innen von Selbsterfahrungsveranstaltungen Fortbildungspunkte erwerben möchten, dann muss die Akkreditierung dieser Selbsterfahrungsveranstaltungen separat beantragt werden (Antrag auf Akkreditierung einer Selbsterfahrungsveranstaltung).*

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

- 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)