

Antragsformular A8

Antrag auf Akkreditierung eines Qualitätszirkels (QZ)

AKNR: 27678020 / 000

(Bitte dieses Feld nicht beschriften!)

Mit diesem Antragsformular können nur fortlaufende Qualitätszirkel beantragt werden, die im Regelfall den gleichen Teilnehmer*innenkreis haben. Dieser Antrag kann nur vom dem/der Moderator*in gestellt werden, der bzw. die bestimmte Anforderungen erfüllen muss.

Einmalige (Sonder-)Veranstaltungen müssen mit dem Antragsformular A1 beantragt werden!

- Erstantrag (bisher keine Akkreditierung dieses Qualitätszirkels)
 Verlängerungsantrag (Akkreditierung bereits früher erteilt unter AKNR: _____)

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

4. Sind Sie bereits als Moderator*in durch die LPK-BW anerkannt?	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><u>wenn ja:</u> → bitte AKNR angeben: _____</p> <p>wenn nein: → bitte stellen Sie zeitgleich einen Antrag auf Anerkennung als Moderator*in (Antragsformular A4). Falls Ihre Anerkennung abgelaufen sein sollte, bitte zeitgleich einen Verlängerungsantrag (Antragsformular A4).</p>
5. Veranstaltungsort	<p><u>Die beantragten Veranstaltungen finden ausschließlich in Baden-Württemberg statt:</u></p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><u>Die Veranstaltungen finden an wechselnden Orten statt:</u></p> <p><input type="checkbox"/> ja → häufigster Veranstaltungsort: _____ <input type="checkbox"/> nein → Veranstaltungsort: _____</p>
<p>6. Dauer einer üblichen QZ-Sitzungen (Fortbildungszeit)</p> <p><u>Interne Bemessung</u> (wird von LPK ausfüllt)</p> <p>FE: ____ / Punkte: ____</p>	<p>Beginn: _____. ____ Uhr (hh:mm)</p> <p>Ende: _____. ____ Uhr (hh:mm)</p> <p>Pausen (insg. in Minuten): _____</p>
7. Wie viele Sitzungen (Treffen) der Gruppe 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> Antragsstellung stattgefundene Termine können leider <u>nicht</u> berücksichtigt werden!</p>	
<p>Bitte beachten: <u>Vorherige Terminmeldungen zwingend erforderlich</u>. Alle Sitzungen der 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 Gruppen angerechnet werden.</p>	
<p>1. 3. 5. 7. 9.</p>	<p>2. 4. 6. 8. 10.</p>
9. Teilnehmer*innen	<p>Anzahl Teilnehmer*innen insgesamt (aktueller Stand): _____</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Zusammensetzung der Gruppe:</u> (zutreffendes bitte ankreuzen) <p><input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/> KJP P <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> ärztliche Psychotherapeut*innen <input type="checkbox"/> andere Berufsgruppen</p>

		<ul style="list-style-type: none"> ● <u>Zusammensetzung der Gruppe nach Tätigkeitsfeld:</u> (zutreffendes bitte ankreuzen) <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> ambulante Versorgung <input type="checkbox"/> Beratungsstelle </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> (teil-)stationäre Versorgung <input type="checkbox"/> andere Tätigkeitsfelder </td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/> ambulante Versorgung <input type="checkbox"/> Beratungsstelle	<input type="checkbox"/> (teil-)stationäre Versorgung <input type="checkbox"/> andere Tätigkeitsfelder																																																																											
<input type="checkbox"/> ambulante Versorgung <input type="checkbox"/> Beratungsstelle	<input type="checkbox"/> (teil-)stationäre Versorgung <input type="checkbox"/> andere Tätigkeitsfelder																																																																																		
<p>10. Auflistung der Teilnehmer*innen (inkl. Moderator*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)! <u>Meldung von Änderungen der Gruppenzusammensetzung:</u> Bitte melden Sie Veränderungen der Gruppenzusammensetzung - soweit es PP, KJP, P und Ärzte betrifft - unter Angabe der im Bescheid mitgeteilten Akkreditierungsnummer (AKNR).</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <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.																																																																																			
11. Der beantragte Qualitätszirkel ist von der KVBW anerkannt		<input type="checkbox"/> ja → <u>wenn ja:</u> Nachweis beilegen! <input type="checkbox"/> nein																																																																																	
12. Werden für die Sitzungen des QZ <u>Teilnahmegebühren</u> erhoben?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → <u>wenn ja:</u> € _____ pro Sitzung / pro Teilnehmer*in																																																																																	
13. Werden die Sitzungen des QZ bereits von einer <u>anderen Kammer anerkannt</u> ?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → <u>wenn ja</u> , von welcher Kammer ? _____ (bitte Name/n angeben)																																																																																	
14. Soll die Akkreditierung des QZ in einem Verzeichnis akkreditierter QZ erscheinen?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <u>wenn ja</u> → Geben Sie bitte hier Kontaktdataen für Interessierte an: *Telefon: _____ *Fax: _____ *E-Mail: _____ *Internet: _____ >(*Mindestens 1 Angabe ist <u>zwingend erforderlich</u>)																																																																																	

→ **Haben Sie bitte Verständnis dafür, dass unvollständige Anträge leider nicht bearbeitet werden können.**

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 eines fortlaufenden Qualitätszirkels (QZ) 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 einem akkreditierten QZ hat der/die Moderator*in bestimmte Anforderungen zu erfüllen und bedarf der Anerkennung durch die LPK. Der/die Moderator*in ist neben der Moderation für die Organisation des QZ (z.B. Führen der Teilnehmer*innenliste, Terminanmeldungen etc.) verantwortlich. Der/die Moderator*in stellt die erforderlichen Akkreditierungsanträge. Die Akkreditierung eines QZ ist immer an die Person des/der anerkannten Moderator*in gebunden. Scheidet der/die Moderator*in aus, dann erlischt die Akkreditierung des QZ.*

Teilnehmer*innenliste: Bei jeder Sitzung eines akkreditierten fortlaufenden QZ 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 des akkreditierten QZ der Kammer vorab unter Angabe der AKNR gemeldet werden müssen (z.B. 10.10.2015, 11.11.2015, 14.12.2015 etc.).

Teilnehmer*innen: Der QZ 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 des PP, KJP, P und Ärzte/Ärztinnen betrifft.

Gebühren: Die Gebühr der Akkreditierung eines fortlaufenden QZ mit gleichem Teilnehmer*innenkreis 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/Stand: 06.12.2023]