



REFERENTENAUSKUNFTSBOGEN

- Bitte füllen Sie für **jeden Referenten** einen **eigenen** Auskunftsbogen aus -

A.	Zugehöriger Zertifizierungsantrag	Dieser Referentenauskunftsbogen dient als Anlage zu dem Zertifizierungsantrag vom _____ (Datum), mit dem die Zertifizierung der folgenden Veranstaltung beantragt wird: _____ (Veranstaltungstitel).
B.	Name des Referenten	
C.	PLZ / Wohnort	
D.	Frühere Zertifizierungsanträge	Es wurde bei der Psychotherapeutenkammer Berlin nach September 2009 bereits einmal ein Zertifizierungsantrag mit diesem Referenten bewilligt. <input type="checkbox"/> ja, VNR 276810/ _____ (<i>unbedingt angeben!</i>) <input type="checkbox"/> nein (<i>weiter mit F.</i>)
E.		Die unter 3. genannte, von der PTK Berlin zertifizierte Veranstaltung mit diesem Referenten hatte das gleiche oder ein sehr ähnliches Veranstaltungsthema wie die aktuell beantragte Veranstaltung. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
F.	Approbation und Kammermitgliedschaft <i>Sofern kein Mitglied der Psychotherapeutenkammer Berlin: Bitte Kopie der Approbationsurkunde beilegen.</i>	<input type="checkbox"/> approbiert als PP, Mitglied der Psychotherapeutenkammer _____ (<i>weiter mit H.</i>) <input type="checkbox"/> approbiert als KJP, Mitglied der Psychotherapeutenkammer _____ (<i>weiter mit H.</i>) <input type="checkbox"/> approbiert als Arzt, kein Facharzt (<i>weiter mit H.</i>) <input type="checkbox"/> approbiert als Arzt, Facharzt für _____ (<i>weiter mit H.</i>) <input type="checkbox"/> keine Approbation als PP, KJP oder Arzt
G.	Sonstige, für das betreffende Fachgebiet einschlägige Berufsqualifikation (FBO, Anlage 2, 1. A.) <i>Bitte entsprechende Nachweise in Kopie beilegen!</i>	
H.	Kurzportrait des Referenten (Darstellung der Fähigkeiten und Erfahrungen im gelehrten Fachthema, z.B. einschlägige Berufserfahrung, andernorts durchgeführte Veranstaltungen, vom Referenten selbst besuchte Fort- und Weiterbildungen; FBO, Anlage 2, 1. B.) <i>Diese Angaben werden stichprobenartig durch die Anforderung entsprechender Nachweise geprüft.</i>	

Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Land Berlin – Körperschaft öffentlichen Rechts

Bereich Fortbildung

Kurfürstendamm 184 • 10707 Berlin
 Telefon: 030 88 92 49 0-0 • Fax: 030 88 71 40-40
 E-Mail: zertifizierung@psychotherapeutenkammer-berlin.de

Homepage: www.psychotherapeutenkammer-berlin.de
 Fortbildungsportal: www.ptk-berlin.de/fortbildung
 Stand des Antragsformulars: 25.05.2016

Bankverbindung: Deutsche Apotheker- und Ärztebank
 Konto Nr.: 000 517 6859 • Bankleitzahl 300 606 01
 IBAN DE59 3006 0601 0005 1768 59
 BIC (Swift Code) DAAEED33XXX



I.	Der Referent gehört folgenden Berufs- und Fachverbänden und Organisationen an: (FBO, Anlage 2, 1. D.)	
----	--	--

Ich erkläre die Richtigkeit und Vollständigkeit der oben gemachten Angaben.

Datum

Unterschrift Referent/in

Datum

Unterschrift wissenschaftliche/r Leiter/in

Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Land Berlin – Körperschaft öffentlichen Rechts

Bereich Fortbildung

Kurfürstendamm 184 ♦ 10707 Berlin
Telefon: 030 88 92 49 0-0 ♦ Fax: 030 88 71 40-40
E-Mail: zertifizierung@psychotherapeutenkammer-berlin.de

Homepage: www.psychotherapeutenkammer-berlin.de
Fortbildungsportal: www.ptk-berlin.de/fortbildung
Stand des Antragsformulars: 25.05.2016

Bankverbindung: Deutsche Apotheker- und Ärztebank
Konto Nr.: 000 517 6859 ♦ Bankleitzahl 300 606 01
IBAN DE59 3006 0601 0005 1768 59
BIC (Swift Code) DAAEEDXXX