



Antrag auf Zertifizierung einer Fortbildungsveranstaltung in Kategorie 2.1 (interdisziplinäres Colloquium/Fallkonferenz) oder Kategorie 2.3 (fachwissenschaftliche, öffentlich zugängliche Klinikkonferenz) durch die Psychotherapeutenkammer Berlin

Bitte nutzen Sie dieses Formular **ausschließlich** für Anträge in Fortbildungskategorie 2.1 (interdisziplinäres Colloquium bzw. Fallkonferenz) und 2.3 (fachwissenschaftliche, öffentlich zugängliche Klinikkonferenz). Für Anträge in anderen Kategorien (z.B. Workshop, Seminar, Einzelvortrag, Kongress, Symposium, Intervention, Supervision, Selbsterfahrung, Qualitätszirkel) nutzen Sie bitte das entsprechende Antragsformular, das Sie auf unserer Homepage finden (http://www.psychotherapeutenkammer-berlin.de/aus_fort_weiterbildung/fortbildung/formulare/index.html).

Bitte füllen Sie den Antrag vollständig aus und senden Sie ihn mit den entsprechenden Unterlagen an die PTK Berlin (Adresse siehe Fußzeile). Sie können den Antrag auch online stellen unter www.ptk-berlin.de/fortbildung und so ggf. die Zertifizierungsgebühren reduzieren.

1.	Antragsteller (Name, Vorname, E-Mail)	
2.	Veranstalter (Adresse, Tel., Fax, E-Mail)	
3.	Titel der Veranstaltung	<i>Bitte fügen Sie dem Antrag ein Veranstaltungsprogramm bei, aus dem die Veranstaltungsinhalte, Referenten und Veranstaltungszeiten hervorgehen.</i>
4.	Veranstaltungsort	Findet die Veranstaltung in Berlin statt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, in einem anderen deutschen Bundesland (<i>Bitte stellen Sie Ihren Antrag bei der entsprechenden Landespsychotherapeutenkammer.</i>) <input type="checkbox"/> Nein, im Ausland, und zwar in (Ort, Land): _____
5.	Wiederholungsantrag	<input type="checkbox"/> Ja – zur Veranstaltung mit der VNR 276810/ _____ <input type="checkbox"/> Nein
6.	Veranstaltungstermin/e	
7.	Dauer der Veranstaltung	Gesamtdauer je Termin: ____:____ (HH:MM) Pausenzeiten je Termin: ____:____ (HH:MM) <i>(Bei unterschiedlicher Dauer an den einzelnen Veranstaltungstagen fügen Sie dem Antrag bitte eine Aufstellung auf einem Extrablatt bei.)</i>
8.	Vorgesehene Teilnehmerzahl	

1/6

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



9.a	Zielgruppe(n) der Veranstaltung	
9.b	Überwiegt der Anteil der approbierten Psychotherapeuten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <i>Bitte fügen Sie dem Antrag die Anmelde-Liste mit Nennung der einschlägigen Berufsbezeichnung, Tätigkeit in Institution und Approbation (ja/nein) aller Teilnehmer bei.</i>
10.	Werden für die Veranstaltung Teilnehmergebühren erhoben?	<input type="checkbox"/> Ja Wenn ja: € _____ pro Teilnehmer/in <input type="checkbox"/> Nein
11.a	Wissenschaftliche/r Leiter/in (Name, Vorname)	
11.b	Approbation des/r wissenschaftlichen Leiters/in	<input type="checkbox"/> PPT <input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin <input type="checkbox"/> KJP <i>Bitte stellen Sie Ihren Antrag bei der Ärztekammer Berlin.</i> seit _____ <input type="checkbox"/> keine Approbation <i>Bitte füllen Sie für den/die wiss. Leiter/in einen Referenten-auskunftsbogen aus.</i>
11.c	Wissenschaftliche/r Leiter/in ist Mitglied in Berufs- und/oder Fachverbänden	<input type="checkbox"/> Ja – in folgendem/n: _____ <input type="checkbox"/> Nein
11.d	Wissenschaftliche/r Leiter/in ist auch Referent/in der Veranstaltung.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
12.	Referenten/innen/Dozenten (Name/n, Vorname/n)	
13.	Die Qualifikation aller Referent/innen entspricht Anlage 2 der Fortbildungsordnung.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
14.	Die Veranstaltung soll auf der Homepage der Kammer veröffentlicht werden.	<input type="checkbox"/> Ja – folgende Kontaktdaten (z.B. Tel./E-Mail) veröffentlichen: _____ und/oder Link setzen zu www. _____ <input type="checkbox"/> Nein
15.a	Fortbildungsinhalte (gemäß FBO § 3 und Anlage 1)	<input type="checkbox"/> Psychotherapieverfahren (<i>weiter mit 15.b</i>) <input type="checkbox"/> psychotherapeutisches Arbeitsfeld (<i>weiter mit 15.c</i>) <input type="checkbox"/> Nachbarwissenschaften (<i>weiter mit 15.c</i>) <input type="checkbox"/> berufsrelevante, nicht-psychotherapeutische Inhalte (<i>weiter mit 15.c</i>) oder <input type="checkbox"/> _____
15.b	Kriterien des behandelten Psychotherapieverfahrens (gemäß FBO §7 in Verbindung mit Anlage 1 und 2)	<input type="checkbox"/> Wiss. Anerkennung gemäß PsychThG oder <input type="checkbox"/> Wiss. Begründetheit <input type="checkbox"/> wiss. Sach- und Fachverstand (Fachliteratur, Lehre und Forschung) <input type="checkbox"/> internationale Standards und wissenschaftliche Ergebnisse <input type="checkbox"/> Praxisrelevanz und klinische – stat. oder amb. – Erprobtheit <input type="checkbox"/> lehrbare Krankheitsmodelle bzw. Konflikt-, Störungskonzepte <input type="checkbox"/> Anerkennung als Zweitverfahren bei Landesärztekammern
15.c	Weitere Kriterien zur Anerkennung (gemäß FBO § 7 und Anlage 2)	<input type="checkbox"/> Qualität der eingesetzten Fortbildungsmethoden sowie der Fortbildungspraxis (curriculare Konzepte, Evaluation etc.) ist gewährleistet <input type="checkbox"/> Überprüfbarkeit des Fortbildungserfolges ist gewährleistet



16.	Wird die Veranstaltung finanziell gefördert?	<input type="checkbox"/> Ja – durch folgende/n Unterstützer (Name/n und Anschrift): _____ _____ <input type="checkbox"/> Nein
17.	Findet eine kommerzielle Präsentation statt?	<input type="checkbox"/> Ja – durch folgende/n Anbieter (Name/n und Anschrift): _____ <input type="checkbox"/> Nein
18.a	Liegt bei einer anderen Heilberufekammer (Ärzttekammer, andere PTK) ein Antrag auf Zertifizierung vor?	<input type="checkbox"/> Ja – und zwar bei folgender Kammer: _____ <i>(weiter mit 18.b)</i> <input type="checkbox"/> Nein <i>(weiter mit „Wichtige Hinweise“)</i>
18.b	Antragsstatus bei unter 18.a genannter anderer Heilberufekammer	<input type="checkbox"/> Antrag bewilligt, Veranstaltung wurde zertifiziert <input type="checkbox"/> Antrag abgelehnt <input type="checkbox"/> noch kein Bescheid

Wichtige Hinweise:

1. Zertifiziert werden Fortbildungsveranstaltungen, die der **Fachöffentlichkeit zugänglich** sind (außer Kategorie 3.1 bis 3.4 gem. Tab. 1 FBO).
2. Ein Antrag wird nur bearbeitet, wenn dieser mit der **Originalunterschrift des/der verantwortlichen wissenschaftlichen Leiter/in** im Bereich Fortbildung der Psychotherapeutenkammer eingereicht wird.
3. Eine rechtzeitige Bearbeitung kann nur dann gewährleistet werden, wenn der Antrag **drei Monate vor dem geplanten Veranstaltungsbeginn** bei der Psychotherapeutenkammer eingeht.
4. Voraussetzung für die Bearbeitung des Antrages ist, dass dieser **vollständig** ausgefüllt ist und die **nötigen Anlagen** beigelegt sind:
 - a. eine **offizielle Ankündigung oder Einladung bzw. ein gedrucktes Programm**, aus dem die **Inhalte der Veranstaltung als auch die genauen Veranstaltungs- und Pausenzeiten hervorgehen**
 - b. je ein **Referentenauskunftsbogen für alle Referenten**
 - c. die **Anmeldeliste mit Nennung der einschlägigen Berufsbezeichnung, Tätigkeit in Institution und Approbation (ja/nein) aller Teilnehmer**
5. **Vordrucke für Anwesenheitsliste (Teilnehmerliste), Teilnahmebescheinigung und Evaluationsbögen werden dem Bescheid beigelegt und sind auch auf der Homepage hinterlegt.**
 - a. Der Veranstalter/Antragsteller hat eine **Anwesenheitsliste** entsprechend der Mustervorlage der Kammer zu führen und sie **nach** Abschluss der Veranstaltung im Original an die PTK zu senden. Eine Kopie verbleibt beim Veranstalter.
 - b. Der Veranstalter/ Antragsteller füllt die **Teilnahmebescheinigungen** entsprechend dem Zertifizierungsbescheid aus und händigt sie mit Datum, Unterschrift und Stempel versehen an die Teilnehmenden aus.
 - c. Die Evaluationsbögen sind vom Antragsteller nach Abschluss der Veranstaltung auszuwerten, ein Jahr aufzubewahren und auf Anforderung der PTK zur Verfügung zu stellen.

Der/die Antragsteller/in bestätigt, die Fortbildungsordnung der Psychotherapeutenkammer Berlin und die o.g. Hinweise zur Kenntnis genommen und alle Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben.

Datum

Unterschrift Antragsteller/in

Der/die wissenschaftliche Leiter/in bestätigt, die Fortbildungsordnung der Psychotherapeutenkammer Berlin und die o.g. Hinweise zur Kenntnis genommen zu haben und verpflichtet sich mit seiner/ihrer Unterschrift unter diesen Antrag, die Kriterien gemäß Anlage 2 FBO der Psychotherapeutenkammer zu erfüllen, alle Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben und sicherzustellen, dass von Seiten etwaiger Sponsoren kein produkt- bzw. firmenbezogener Einfluss auf die Lehrinhalte genommen wird.

Datum

Stempel, Unterschrift wissenschaftliche/r Leiter/in

3/6

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



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 Zertifizierungs- anträge	Es wurde bei der Psychotherapeutenkammer Berlin nach September 2009 bereits einmal ein Zertifizierungsantrag mit diesem Referenten bewilligt. <input type="checkbox"/> ja, VNR 276810/ _____ (unbedingt angeben!) <input type="checkbox"/> nein (weiter mit F.)
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 _____ (weiter mit H.) <input type="checkbox"/> approbiert als KJP, Mitglied der Psychotherapeutenkammer _____ (weiter mit H.) <input type="checkbox"/> approbiert als Arzt, kein Facharzt (weiter mit H.) <input type="checkbox"/> approbiert als Arzt, Facharzt für _____ (weiter mit H.) <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 entsprechen- der Nachweise geprüft.</i>	



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



Teilnehmerliste für die Veranstaltung

Lfd. Nr.	Vor- und Nachname	Approbation:	Kammer/ Bundesland (z. B. PTK Berlin)	Für Teilnehmer ohne Approbation: einschlägige Berufsbezeichnung, Tätigkeit in Institution
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Bitte kopieren Sie diese Seite nach Bedarf!

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