



## Antrag auf Zertifizierung einer Fortbildungsveranstaltung in Kategorie 3.1 (Qualitätszirkel) durch die Psychotherapeutenkammer Berlin

Bitte nutzen Sie dieses Formular **ausschließlich** für Anträge in Fortbildungskategorie 3.1 (Qualitätszirkel). Für Anträge in anderen Kategorien (z.B. Workshop, Seminar, Einzelvortrag, Kongress, Symposium, Intervention, Supervision, Selbsterfahrung) nutzen Sie bitte das entsprechende Antragsformular, das Sie auf unserer Homepage finden ([http://www.psychotherapeutenkammer-berlin.de/aus\\_fort\\_weiterbildung/fortbildung/formulare/index.html](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](http://www.ptk-berlin.de/fortbildung) und so ggf. die Zertifizierungsgebühren reduzieren.

1.	Initiator/in	<input type="checkbox"/> KV-initiiertes Qualitätszirkel ( <i>weiter mit 2.</i> ) <input type="checkbox"/> kammerinterner Qualitätszirkel, initiiert von folgendem Kammermitglied: _____ _____ (Name, Vorname, Mitgliedsnr.) ( <i>weiter mit 3.</i> )	
2.a	Moderator/in (Name, Vorname, Titel, Studienabschluss, Approbation)		
2.b	Moderator/in hat an KV-Schulung für Moderatoren von Qualitätszirkeln teilgenommen.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
3.	Titel der Veranstaltung		
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> )	
5.	Wiederholungsantrag	<input type="checkbox"/> Ja – zur Veranstaltung mit der VNR 276810/_____ <input type="checkbox"/> Nein	
6.	Veranstaltungstermin/e und -themen	<b>Termin</b>	<b>Thema</b>





10.	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 <b>www.</b> _____ <input type="checkbox"/> Nein
11.	Wird die Veranstaltung finanziell gefördert?	<input type="checkbox"/> Ja – Förderung in Höhe von _____ Euro durch folgende/n Unterstützer (Name/n und Anschrift): _____ _____ <input type="checkbox"/> Nein
12.a	Liegt bei einer anderen Heilberufekammer (Ärztchamber, andere PTK) ein Antrag auf Zertifizierung vor?	<input type="checkbox"/> Ja – und zwar bei folgender Kammer: _____ <i>(weiter mit 12.b)</i> <input type="checkbox"/> Nein <i>(weiter mit „Wichtige Hinweise“)</i>
12.b	Antragsstatus bei unter 12.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 Initiators/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** beigefügt sind:
  - a. je ein Referentenauskunftsbogen für alle Referenten
  - b. ggf. eine ergänzende Aufstellung der Veranstaltungstermine mit den dazugehörigen Themen und Teilnehmenden
5. **Vordrucke für Anwesenheitsliste (Teilnehmerliste), Teilnahmebescheinigung und Evaluationsbögen werden dem Bescheid beigefügt 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 Initiator/in des Qualitätszirkels bestätigt, die Fortbildungsordnung der Psychotherapeutenkammer Berlin, die Grundsätze von Qualitätszirkeln und die o.g. Hinweise zur Kenntnis genommen zu haben und verpflichtet sich mit seiner/ihrer Unterschrift unter diesen Antrag, alle Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben und sicherzustellen, dass von Seiten etwaiger Sponsoren kein produkt- bzw. firmenbezogener Einfluss auf die Lehrinhalte genommen wird.

Datum

Unterschrift Initiator/in

3/6

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](mailto:zertifizierung@psychotherapeutenkammer-berlin.de)

Homepage: [www.psychotherapeutenkammer-berlin.de](http://www.psychotherapeutenkammer-berlin.de)

Fortbildungsportal: [www.ptk-berlin.de/fortbildung](http://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



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

4/6

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](mailto:zertifizierung@psychotherapeutenkammer-berlin.de)

Homepage: [www.psychotherapeutenkammer-berlin.de](http://www.psychotherapeutenkammer-berlin.de)  
Fortbildungsportal: [www.ptk-berlin.de/fortbildung](http://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



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 PTK Berlin

Lfd. Nr.	Vor- und Nachname	Approbation:	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	

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](mailto:zertifizierung@psychotherapeutenkammer-berlin.de)

Homepage: [www.psychotherapeutenkammer-berlin.de](http://www.psychotherapeutenkammer-berlin.de)

Fortbildungsportal: [www.ptk-berlin.de/fortbildung](http://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