



## Antrag auf Zertifizierung einer Fortbildungsveranstaltung in Kategorie 1.1 (Seminar/Workshop/Kurs), 1.2 (Vortrag) oder 3.2a (Kasuistisch- technisches Seminar) durch die Psychotherapeutenkammer Berlin

Bitte nutzen Sie dieses Formular **ausschließlich** für Anträge in den Fortbildungskategorien 1.1 (Seminar/Workshop/Kurs), 1.2 (Vortrag) und 3.2a (Kasuistisch-technisches Seminar). Für Anträge in anderen Kategorien (z.B. Kongress, 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](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.	Antragsteller (Name, Vorname, E-Mail)	
2.	Veranstalter (Adresse, Tel., Fax, E-Mail)	
3.	Titel der Veranstaltung	
4.	Kategorie der Veranstaltung (gemäß FBO Tab. 1, Spalte 1)	<i>Bitte fügen Sie dem Antrag ein Veranstaltungsprogramm/Flyer bei, aus dem die Veranstaltungsinhalte, Referenten und Veranstaltungszeiten hervorgehen.</i> <input type="checkbox"/> 1.1 (Workshop, Seminar, Kurs) <input type="checkbox"/> 1.2 (Vortrag) <input type="checkbox"/> 3.2a (Kasuistisch-technisches Seminar)
5.	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): _____
6.	Wiederholungsantrag	<input type="checkbox"/> Ja – zur Veranstaltung mit der VNR 276810/ _____ <input type="checkbox"/> Nein
7.	Veranstaltungstermin/e  <i>Nur Termine/Veranstaltungsteile, die ausschließlich en bloc buchbar sind, können gemeinsam zur Zertifizierung beantragt werden.</i>	
8.	Dauer der Veranstaltung	Tag/e (Anzahl): ____ Gesamtdauer je Veranstaltungstag: ____:____ (HH:MM) Pausenzeiten je Veranstaltungstag: ____:____ (HH:MM) <i>(Bei unterschiedlicher Dauer an den einzelnen Veranstaltungstagen fügen Sie dem Antrag bitte eine Aufstellung auf einem Extrablatt bei.)</i>
9.	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](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 Ärztekbank

Konto Nr.: 000 517 6859 • Bankleitzahl 300 606 01

IBAN DE59 3006 0601 0005 1768 59

BIC (Swift Code) DAAEEDXXX



10.a	Zielgruppe(n) der Veranstaltung	
10.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>
11.	Werden für die Veranstaltung Teilnehmergebühren erhoben?	<input type="checkbox"/> Ja      Wenn ja: € _____ pro Teilnehmer/in <input type="checkbox"/> Nein
12.a	Wissenschaftliche/r Leiter/in (Name, Vorname)	
12.b	Approbation des/r wissenschaftlichen Leiters/in	<input type="checkbox"/> PPT <input type="checkbox"/> KJP seit _____ <input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin <i>Bitte stellen Sie Ihren Antrag bei der Ärztekammer Berlin.</i> <input type="checkbox"/> keine Approbation <i>Bitte füllen Sie für den/die wiss. Leiter/in einen Referentenauskunftsbogen aus.</i>
12.c	Wissenschaftliche/r Leiter/in ist Mitglied in Berufs- und/oder Fachverbänden	<input type="checkbox"/> Ja – in folgendem/n: _____ <input type="checkbox"/> Nein
12.d	Wissenschaftliche/r Leiter/in ist auch Referent/in der Veranstaltung.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
13.a	(Sonstige) Referenten/innen (Name/n, Vorname/n)	<i>Bitte füllen Sie für jede/n Dozenten/in einen Referentenauskunftsbogen aus und legen Sie ihn dem Antrag bei.</i>
13.b	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 <b>www.</b> _____ <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 <b>oder</b> <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 u. 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 (Ärztekammer, andere PTK) ein Antrag auf Zertifizierung vor?	<input type="checkbox"/> Ja – und zwar bei folgender Kammer: _____ (weiter mit 18.b) <input type="checkbox"/> Nein (weiter mit „Wichtige Hinweise“)
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** beigefügt sind:
  - a. eine **offizielle Ankündigung oder Einladung bzw. ein gedrucktes Programm**, aus dem die **Inhalte der Veranstaltung sowie die genauen Veranstaltungs- und Pausenzeiten hervorgehen**
  - b. **je ein Referentenauskunftsbogen für alle Referenten inkl. Nachweise in Kopie**
  - c. **die Anmelde- und Teilnehmerliste 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 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 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 <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.) <b>Bitte entsprechende Nachweise in Kopie beilegen!</b>	
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.) <b>Diese Angaben werden stichprobenartig durch die Anforderung entsprechen- der Nachweise geprüft.</b>	



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



## Anmeldeliste der Teilnehmer 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](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 Ärztekbank  
Konto Nr.: 000 517 6859 • Bankleitzahl 300 606 01  
IBAN DE59 3006 0601 0005 1768 59  
BIC (Swift Code) DAAEEDXXX