



- Antrag auf Zulassung einer Weiterbildungsstätte im Bereich „Systemische Therapie“ für
 - Theoretische und praktische Weiterbildung
 - Supervision¹²
 - Selbsterfahrung
 - Intervision

im Rahmen der Weiterbildungsordnung der Psychotherapeutenkammer Berlin

Hiermit beantrage ich im Rahmen der WBO der PTK Berlin die Zulassung für folgende **Weiterbildungsstätte**:

Name der Einrichtung: _____

Anschrift: _____

Tel.: _____

Fax: _____

Email: _____

¹ Supervision und Selbsterfahrung muss gem. WBO B II. Ziffer 4.3 pro WeiterbildungsteilnehmerIn getrennt abgehalten werden.

² SupervisorIn und Befugte/r für praktische Anleitung dürfen gem. WBO B II. Ziffer 6 nicht identisch sein.



⇒ Bitte fügen Sie das gegliederte und ggf. curricular aufgebaute Weiterbildungsprogramm der Einrichtung für den Bereich „Systemische Therapie“ gem. WBO B II. Ziffer 3 und 4 bei (siehe Anlage 1).

Für den Umfang der Zulassung einer Weiterbildungsstätte ist maßgebend, inwieweit sie die in Abschnitt B II. der WBO gestellten zeitlichen, inhaltlichen, personellen, strukturellen und materiellen Anforderungen erfüllen kann. Eine Zulassung für eine Weiterbildungsstätte im Verbund kann gemäß §5 Abs.3 WBO nur dann ausgesprochen werden, wenn durch Kooperationsvereinbarung mit einer oder mehreren weiteren Weiterbildungsstätten gewährleistet ist, dass die gesamten in Abschnitt B II. der WBO für den betreffenden Weiterbildungsbereich genannten Weiterbildungsinhalte absolviert werden können. Dies ist der Kammer durch eine Kooperationsvereinbarung zwischen den zuzulassenden Institutionen nachzuweisen.

⇒ Bitte fügen Sie ggf. bestehende Kooperationsverträge im Bereich Weiterbildung bei (siehe Anlage 2).

Ich versichere, dass die personellen und organisatorischen Voraussetzungen vorliegen, die eine Durchführung der Weiterbildung entsprechend der WBO der PTK Berlin ermöglichen.

Ich verpflichte mich, Veränderungen in der Struktur und Größe der Einrichtung, der personellen und organisatorischen Voraussetzungen oder der Kooperation gemäß §5 Abs.3 WBO unverzüglich der PTK Berlin anzuzeigen und die in Weiterbildung befindlichen Mitglieder an die PTK zu melden.

Hiermit versichere ich die Richtigkeit meiner Angaben und die Übereinstimmung eingereicherter Kopien mit den entsprechenden Originalen.

Mir ist außerdem bekannt, dass dieser Antrag gemäß Ziffer 3 der Anlage 1 der Gebührenordnung **gebührenpflichtig** ist.

Psychotherapeutenkammer Berlin
Kurfürstendamm 184 | 10707 Berlin
Tel. 030 88 71 40-0 |
Fax 030 88 71 40-40
info@psychotherapeutenkammer-berlin.de
www.psychotherapeutenkammer-berlin.de

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



Antrag auf Anerkennung einer Weiterbildungsstätte Zulassung / Erstantrag (zzgl. Aufwandsentschädigung pro Stunde Abwesenheit und Reisekosten für Kammerangehörige)	200 €
--	-------

Nach Antragsingang wird eine Gebührenrechnung gestellt. Nach Zahlungseingang wird der Antrag bearbeitet.

Die Gebühr entsteht mit Antragstellung; mithin ist die Gebühr auch zu leisten, wenn der Antrag negativ beschieden wird oder zurückgenommen wird.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller(in)

Unterschrift Leitung der antragstellenden Einrichtung / anerkannten Weiterbildungsstätte



Anlage 1: Beschreibung der Einrichtung:

Gegliedertes Weiterbildungsprogramm der Einrichtung für die Weiterbildungsteile, für die die Zulassung beantragt wird (§5 Abs.9 WBO) unter Berücksichtigung der zeitlichen, inhaltlichen (Spektrum an Störungsbildern, z.B. Patientenstatistik), personellen und materiellen (Grundriss der Einrichtung, technische Ausstattung) Voraussetzungen (Abschnitt A §5 Abs.3 sowie Abschnitt B II. Ziffer 6 WBO)

Personelle, materielle, zeitliche und inhaltliche Anforderungen gemäß §5 Abs. 3:

- **Personelle Ausstattung:**
Anzahl, Qualifikationen und Aufgaben der fachlichen Teammitglieder in TZ, VZ und von Honorar-Kräften, Personal für Verwaltung, Organisation, Weiterbildungsberatung etc.

Teammitglieder zur Anleitung praktischer Weiterbildung:

Psychotherapeutenkammer Berlin
Kurfürstendamm 184 | 10707 Berlin
Tel. 030 88 71 40-0 |
Fax 030 88 71 40-40
info@psychotherapeutenkammer-berlin.de
www.psychotherapeutenkammer-berlin.de

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



SupervisorInnen:

SelbsterfahrungsleiterInnen:

- Organisation der Weiterbildung: Erläuterung der Durchführung der Weiterbildung unter besonderer Berücksichtigung der Teilnehmerzahl (vereinzelte Teilnehmerzahlen pro Durchgang bzw. geplante durchschnittliche Gruppengröße)
- Räumliche Ausstattung:
Technische Ausstattung inkl. Serversystem, elektronische Patientenakte, Videokamera, Einwegscheibe etc.
Therapiematerial, Materialsammlungen, Fachliteratur gemäß B II. Ziffer 6

Psychotherapeutenkammer Berlin
Kurfürstendamm 184 | 10707 Berlin
Tel. 030 88 71 40-0 |
Fax 030 88 71 40-40
info@psychotherapeutenkammer-berlin.de
www.psychotherapeutenkammer-berlin.de

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



- Finanzierung (gem. SGB VIII, Teilnehmergebühren etc.):

- Versorgung gemäß B II. Ziffer 6:
Anzahl der Behandlungsplätze, Behandlungsspektrum von psychischen Störungen mit Krankheitswert, Altersbereich der PatientInnen (Erwachsene, Kinder und Jugendliche), Behandlungssetting, Vernetzung, Besonderheiten der Versorgung etc.

- **Bitte fügen Sie das gegliederte und ggf. curricular aufgebaute Weiterbildungsprogramm der Einrichtung für den Bereich „Systemische Therapie“ gem. WBO B II. Ziffer 3 und 4 bei.**

Psychotherapeutenkammer Berlin
Kurfürstendamm 184 | 10707 Berlin
Tel. 030 88 71 40-0 |
Fax 030 88 71 40-40
info@psychotherapeutenkammer-berlin.de
www.psychotherapeutenkammer-berlin.de

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

Anlage 2: Kooperation mit anderen Einrichtungen

Falls Sie auf therapeutischer oder diagnostischer Ebene mit anderen (stationären/teilstationären/ambulanten) Einrichtungen zusammenarbeiten, skizzieren Sie bitte die Art der Kooperation unter Berücksichtigung folgender Gesichtspunkte:

1. Name und Anschrift der Einrichtung
2. Art der Einrichtung
3. Diagnose und Therapiespektrum der Einrichtung
4. Form und Inhalte der Kooperation