

Antrag auf Akkreditierung einer **Intervisionsgruppe**

AKNR: **27678020** ___ / ___ **000** ___

(Bitte dieses Feld nicht beschriften!)

Mit diesem Antragsformular können nur fortlaufende Intervisionsgruppen beantragt werden, die im Regelfall den gleichen Teilnehmerkreis haben. Einmalige (Sonder-)Intervisionsveranstaltungen **müssen** mit dem Antragsformular A1 beantragt werden!

- Erstantrag (bisher keine Akkreditierung dieser Intervisionsgruppe)
 Verlängerungsantrag (Akkreditierung bereits früher erteilt unter folgender **AKNR:** _____)

<p>1. Bezeichnung der Intervisionsgruppe</p>	
<p>2. Antragsteller*in (= Gruppenverantwortliche/r)</p>	<p>VID = P _____</p> <p>(falls bereits vorhanden, bitte hier Ihre <u>Veranstalter-Nummer</u> eintragen. Diese beginnt mit einem P und hat insgesamt 5 Stellen)</p> <p>Name: _____</p> <p>Vorname: _____ Titel: _____</p> <p>Straße: _____</p> <p>PLZ: _____ / Ort: _____</p> <p>Tel.: _____ Fax: _____</p> <p>E-Mail: _____</p>
<p>3. Psychotherapeutische Qualifikation (Antragsteller*in)</p>	<p><input type="checkbox"/> PP → Approbation erteilt im Jahr: _____</p> <p><input type="checkbox"/> KJP → Approbation erteilt im Jahr: _____</p> <p><input type="checkbox"/> P → Approbation erteilt im Jahr: _____</p> <p><input type="checkbox"/> psychotherapeutisch weitergebildete/r Ärztin/Arzt Abschluss der Weiterbildung im Jahr: _____</p> <p><input type="checkbox"/> keine Approbation, aber äquivalente Qualifikation → welche? (bitte beschreiben):</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

4. Veranstaltungsort	<p><u>Die beantragten Veranstaltungen finden ausschließlich in Baden-Württemberg statt:</u></p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><u>Die Veranstaltungen finden an wechselnden Orten statt:</u></p> <p><input type="checkbox"/> ja → häufigster Veranstaltungsort: _____ <input type="checkbox"/> nein → Veranstaltungsort: _____</p>
<p>5. Dauer einer üblichen Intervisionssitzung (Fortbildungszeit)</p> <p><u>Interne Bemessung</u> (wird von LPK ausgefüllt)</p> <p>FE: ____ / Punkte: ____</p>	<p>Beginn: ____ . ____ Uhr (hh.mm)</p> <p>Ende: ____ . ____ Uhr (hh.mm)</p> <p>Pausen (insg. in Minuten): _____</p>
6. Wie viele Sitzungen (Treffen) der Gruppe finden pro Jahr statt bzw. sind geplant?	Durchschnittlich etwa ____ Sitzungen/Treffen p.a.
<p>7. Sitzungstermine</p> <p>Hier bitte die genauen Termine (TT.MM.JJJJ) der <u>bereits geplanten nächsten Sitzungen</u> auflisten (z.B. 25.09.2015). Sofern die Termine zum Zeitpunkt der Antragstellung noch nicht feststehen, müssen diese <u>Termine nachgereicht</u> werden. Bereits vor Antragsstellung stattgefundenene Termine können leider <u>nicht</u> berücksichtigt werden!</p> <p>Bitte beachten: Vorherige Terminmeldungen zwingend erforderlich. Alle Sitzungen der Gruppe müssen der Kammer nach erfolgter Akkreditierung <u>vorab</u> unter Angabe der AKNR gemeldet werden. Eine <u>nachträgliche Anrechnung</u> nicht gemeldeter <u>Termine</u> auf das Fortbildungszertifikat ist <u>grundsätzlich nicht möglich</u>. Ebenso wenig können im Regelfall Sitzungen nicht akkreditierter Gruppen angerechnet werden.</p>	
1.	2.
3.	4.
5.	6.
7.	8.
9.	10.
8. Teilnehmer*innen	<p>Anzahl Teilnehmer*innen insgesamt (aktueller Stand): ____</p> <p>• <u>Zusammensetzung der Gruppe:</u> (zutreffendes bitte ankreuzen)</p> <p><input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/> KJP <input type="checkbox"/> P</p> <p><input type="checkbox"/> ärztliche Psychotherapeut*innen <input type="checkbox"/> andere Berufsgruppen</p> <p>• <u>Zusammensetzung der Gruppe nach Tätigkeitsfeld:</u> (zutreffendes bitte ankreuzen)</p> <p><input type="checkbox"/> ambulante Versorgung <input type="checkbox"/> (teil-)stationäre Versorgung <input type="checkbox"/> Beratungsstelle <input type="checkbox"/> andere Tätigkeitsfelder</p>

9. Auflistung der Teilnehmer*innen

Hier bitte (zumindest) diejenigen Teilnehmer*innen auflisten, die Fortbildungspunkte erwerben möchten. Diese Angaben sind zwingend erforderlich (bitte vorher Einverständnis der Teilnehmer*innen einholen)!

Meldung von Änderungen der Gruppenzusammensetzung: Bitte melden Sie Veränderungen der Gruppenzusammensetzung - soweit es PP, KJP, P und Ärzte betrifft - unter Angabe der im Bescheid mitgeteilten Akkreditierungsnummer (AKNR).

	Name	Vorname	Titel/ Akad. Grad.	Profession	PLZ	Wohnort
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						

10. Werden für die Sitzungen der Gruppe Teilnahmegebühren erhoben?

nein ja

→ wenn ja: € _____ pro Sitzung / pro Teilnehmer*in

11. Werden die Sitzungen der Gruppe bereits von einer anderen Kammer anerkannt?

nein ja

→ wenn ja, von welcher Kammer ? _____
(bitte Name/n angeben)

12. Soll die Akkreditierung der Gruppe in einem Verzeichnis akkreditierter Interventionsgruppen veröffentlicht werden?

nein ja

wenn ja → Geben Sie bitte hier Kontaktdaten für Interessierte an:

*Telefon: _____

*Fax: _____

*E-Mail: _____

*Internet: _____

(*Mindestens 1 Angabe ist zwingend erforderlich)

➔ **Haben Sie bitte Verständnis dafür, dass unvollständige Anträge leider nicht bearbeitet werden können.**

Versicherung der antragstellenden Person

Bitte lesen Sie die nachfolgende Information und bestätigen Sie durch Ankreuzen, dass Sie den Inhalt zur Kenntnis genommen haben:

Die **Akkreditierung** einer fortlaufenden Intervisionsgruppe mit gleichem Teilnehmer*innenkreis erfolgt für die Dauer von sieben Jahren und gründet auf der Fortbildungsordnung. Sollte diese C2-Veranstaltung danach weitergeführt werden, ist rechtzeitig ein neuer Antrag zu stellen. Bei einer kollegialen Intervention vertritt die gruppenverantwortliche Person die Intervisionsgruppe gegenüber der Kammer und ist für die Organisation der Gruppe (z.B. Führen der Teilnehmer*innenliste, Terminanmeldungen etc.) verantwortlich. Die gruppenverantwortliche Person stellt die erforderlichen Akkreditierungsanträge. Ein Wechsel der Gruppenverantwortlichkeit innerhalb des Akkreditierungszeitraums ist der Kammer anzuzeigen (mit Namen und Anschrift der neuen gruppenverantwortlichen Person).

Teilnehmer*innenliste: Bei jeder Sitzung einer akkreditierten fortlaufenden Intervisionsgruppe ist eine Teilnehmer*innenliste mit Originalunterschriften nach den Vorgaben der Landespsychotherapeutenkammer zu führen. Die Original- Teilnehmer*innenlisten sind mindestens 5 Jahre aufzubewahren und auf Verlangen der Kammer vorzulegen.

Sitzungstermine: Es ist zwingend erforderlich, dass alle Sitzungstermine der akkreditierten Intervisionsgruppe der Kammer vorab unter Angabe der AKNR gemeldet werden müssen (z.B. 10.10.2015, 11.11.2015, 14.12.2015 etc.).

Teilnehmer*innen: Die Intervisionsgruppe ist für einen bestimmten Teilnehmer*innenkreis akkreditiert. Änderungen der Gruppenzusammensetzung (neue Teilnehmer*innen, ausgeschiedene Teilnehmer*innen) sind der Kammer unter Angabe der AKNR namentlich anzuzeigen, soweit dies des PP, KJP, P und Ärzte/Ärztinnen betrifft.

Gebühren: Die Gebühr der Akkreditierung einer fortlaufenden Intervisionsgruppe mit gleichem Teilnehmer*innenkreis richtet sich nach der jeweils gültigen Gebührenordnung.

Ich habe diese INFORMATION zur Kenntnis genommen.

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben in diesem Antrag.

Ort, Datum: _____

Unterschrift der antragstellenden Person

[LPK/Stand: 06.12.2023]

