

Nachweis-Formular zur Bestätigung über eine

mindestens fünfjährige¹ und aktuell andauernde

Dozenten- und/oder Supervisorentätigkeit

Hiermit bestätigen wir, dass

Frau Herr ohne Anrede _____
Titel

_____, geboren am _____
Vor- und Nachnamen(n) TT.MM.JJJJ

als **Dozent*in** auf dem Gebiet²

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> AP Erw Einzel | <input type="checkbox"/> AP Erw Gruppe | <input type="checkbox"/> AP KiJu Einzel | <input type="checkbox"/> AP KiJu Gruppe |
| <input type="checkbox"/> ST Erw Einzel | <input type="checkbox"/> ST Erw Gruppe | <input type="checkbox"/> ST KiJu Einzel | <input type="checkbox"/> ST KiJu Gruppe |
| <input type="checkbox"/> TP Erw Einzel | <input type="checkbox"/> TP Erw Gruppe | <input type="checkbox"/> TP KiJu Einzel | <input type="checkbox"/> TP KiJu Gruppe |
| <input type="checkbox"/> VT Erw Einzel | <input type="checkbox"/> VT Erw Gruppe | <input type="checkbox"/> VT KiJu Einzel | <input type="checkbox"/> VT KiJu Gruppe |

als **Supervisor*in** auf dem Gebiet²

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> AP Erw Einzel | <input type="checkbox"/> AP Erw Gruppe | <input type="checkbox"/> AP KiJu Einzel | <input type="checkbox"/> AP KiJu Gruppe |
| <input type="checkbox"/> ST Erw Einzel | <input type="checkbox"/> ST Erw Gruppe | <input type="checkbox"/> ST KiJu Einzel | <input type="checkbox"/> ST KiJu Gruppe |
| <input type="checkbox"/> TP Erw Einzel | <input type="checkbox"/> TP Erw Gruppe | <input type="checkbox"/> TP KiJu Einzel | <input type="checkbox"/> TP KiJu Gruppe |
| <input type="checkbox"/> VT Erw Einzel | <input type="checkbox"/> VT Erw Gruppe | <input type="checkbox"/> VT KiJu Einzel | <input type="checkbox"/> VT KiJu Gruppe |

vom _____ bis _____ an unserer Institution tätig war.
TT.MM.JJJJ TT.MM.JJJJ

seit dem _____ bis heute (aktuell andauernd) an unserer Institution tätig ist.
TT.MM.JJJJ

¹ Für den Bereich der Systemischen Therapie ist entsprechend der Übergangsregelungen auch eine dreijährige und aktuell andauernde Supervisoren- und Dozententätigkeit ausreichend (§ 40 Psychotherapie-Richtlinie).

² AP Erw Einzel = Analytische Psychotherapie für Erwachsene als Einzeltherapie, AP Erw Gruppe = Analytische Psychotherapie für Erwachsene als Gruppentherapie, AP KiJu Einzel = Analytische Psychotherapie für Kinder und Jugendliche als Einzeltherapie, AP KiJu Gruppe = Analytische Psychotherapie für Kinder und Jugendliche als Gruppentherapie, ST Erw Einzel = Systemische Therapie für Erwachsene als Einzeltherapie, ST Erw Gruppe = Systemische Therapie für Erwachsene als Gruppentherapie, ST KiJu Einzel = Systemische Therapie für Kinder und Jugendliche als Einzeltherapie, ST KiJu Gruppe = Systemische Therapie für Kinder und Jugendliche als Gruppentherapie, TP Erw Einzel = Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie für Erwachsene als Einzeltherapie, TP Erw Gruppe = Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie für Erwachsene als Gruppentherapie, TP KiJu Einzel = Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie für Kinder und Jugendliche als Einzeltherapie, TP KiJu Gruppe = Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie für Kinder und Jugendliche als Gruppentherapie, VT Erw Einzel = Verhaltenstherapie für Erwachsene als Einzeltherapie, VT Erw Gruppe = Verhaltenstherapie für Erwachsene als Gruppentherapie, VT KiJu Einzel = Verhaltenstherapie für Kinder und Jugendliche als Einzeltherapie, VT KiJu Gruppe = Verhaltenstherapie für Kinder und Jugendliche als Gruppentherapie

Unsere Institution ist ein/e

staatlich anerkannte Ausbildungsstätte nach § 6 Psychotherapeutengesetz in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung
Bezeichnung der Ausbildungsstätte: _____

Weiterbildungsstätte, zugelassen durch

die Ärztekammer _____ (bitte Bezeichnung/Ort der Kammer angeben)

die Psychotherapeutenkammer _____ (bitte Bezeichnung/Ort der Kammer angeben)

Art der Weiterbildungsstätte: Klinik eigene Praxis³ (**Bitte Fußnote beachten!**)

andere: _____ (bitte Art angeben)

Bezeichnung der Weiterbildungsstätte: _____

Weiterbildungsverbund, zugelassen durch

die Ärztekammer _____ (bitte Bezeichnung/Ort der Kammer angeben)

die Psychotherapeutenkammer _____ (bitte Bezeichnung/Ort der Kammer angeben)

Bezeichnung des Weiterbildungsverbunds: _____

An unserer Institution finden Aus-/Weiterbildungen bzw. Krankenbehandlungen in den umseitig angegebenen/angekreuzten Gebieten statt.

Vor- und Nachname des Unterschriftsberechtigten⁴: _____

Kontaktdaten des Unterschriftsberechtigten für Rückfragen: Tel.: _____

E-Mail: _____

Ort,

Datum

Unterschrift der/des Unterschriftsberechtigten⁴ & Stempel der Institution

³ Hinweis: Weiterbildungsbefugte Ärztinnen oder Ärzte, die den Nachweis über die Supervisoren- und Dozententätigkeit aufgrund einer Weiterbildungstätigkeit in eigener Praxis führen möchten, müssen für die Bewerbung als Gutachter*in zusätzlich zu diesem Formular eine gültige Weiterbildungsbefugnis der zuständigen Ärztekammer sowie Nachweise der entsprechenden Tätigkeitszeiträume genehmigter Weiterbildungsassistent*innen der Kassenärztlichen Vereinigung einreichen.

⁴ z. B. Leitung der Ausbildungsstätte bzw. des Weiterbildungsverbunds oder weiterbildungsbefugte*r Ärztin oder Arzt