

# Systemische Therapie

## Antrag auf Anerkennung der Zusatzbezeichnung nach der Übergangsregelung

<b>Name/ Adresse/Telefon</b>	
----------------------------------	--

<b>Ausgeübter Beruf:</b>	<input type="checkbox"/> <b>Diplom in Psychologie oder Diplom in Pädagogik/Sozialpädagogik</b>  am/in..... (Nachweis durch Fotokopie)	<b>Approbation:</b>  <input type="checkbox"/> Psychologische/r Psychotherapeut/in am ..... <input type="checkbox"/> Kinder- u. Jugend-Psychotherapeut/in am .....  <b>Mitgliedsnummer in der LPPKJP</b> .....
--------------------------	--	--

**Ich beantrage hiermit die Anerkennung einer Weiterbildung im Bereich Systemische Therapie**

**a)  nach § 15 (2) der Weiterbildungsordnung mit anerkannt gleichwertiger Weiterbildung** (ich verfüge über ein von der LPPKJP als gleichwertig anerkanntes Zertifikat der Systemischen Gesellschaft e.V. (SG) oder der Deutschen Gesellschaft für Familientherapie (DGSF) und füge eine beglaubigte Fotokopie der Urkunde bei)

→ **weiter bei d)**

**b) nach § 15 (3) der Weiterbildungsordnung ( vor dem 31.10. 2010 begonnene und innerhalb von 5 Jahren abgeschlossene Weiterbildung in S T )**

**c)  nach § 15 (4) der Weiterbildungsordnung ohne anerkannt gleichwertige Weiterbildung** (ich habe eine von der LPPKJP nicht als gleichwertig anerkannte Weiterbildung im Bereich Systemischer Therapie absolviert und verfüge über äquivalente Voraussetzungen)

**1. Art des Zertifikates/der Weiterbildung und Datum des Abschlusses:** .....

**2. 4 Jahre Klinische Tätigkeit** (weitere Tätigkeiten entsprechend bitte auf einem gesonderten Blatt):

Institution::		Abteilung:	
Straße:		PLZ, Ort:	
Telefon:		Telefax:	
E-Mail:		Internet:	
Bundesland/Land:		:	
<b>Tätigkeit in Weiterbildungsinstitution von bis :</b>		<b>Wöchentliche Arbeitszeit:</b> Unterbrechungen: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <span style="float: right;">Wenn ja, Begründung:</span> <input type="checkbox"/> Vollzeit (..... Wochenstunden) <input type="checkbox"/> Teilzeit (.....Wochenstunden)	

**3. Supervision:**

Name des Supervisors:..... Anzahl der Stunden.....

**4. Theorie:**

<b>Systemisches Basiswissen</b>	<b>Stunden</b>
Wissenschaftstheoretische und epistemologische Positionen	
Familientherapeutische/systemische Schulen und Schnittstellen zu anderen relevanten psychotherapeutischen Richtungen	
Geschichte der Familientherapie/ Systemischen Therapie	
Einbeziehung von gesellschaftlichen und institutionellen Kontexten	
<b>Systemische Diagnostik</b>	<b>Stunden</b>
Systemische Modelle für die Beschreibung und Erklärung psychischer, psychosomatischer und körperlicher Symptome, von Konflikten und Problemen, von kommunikativen Mustern, Beziehungsstrukturen, Verarbeitungs- und Bewältigungsformen sowie für die Diagnostik von Ressourcen und Lösungskompetenzen	
<b>Therapeutischer Kontrakt</b>	<b>Stunden</b>
Therapeutische/ beraterischer Haltung , Indikations- und Kontextklärung, Aufbau, Entwicklung und Beendigung einer therapeutischen Beziehung, Kooperation mit Patienten, deren Angehörigen sowie mit anderen relevanten Akteuren im sozialen Kontext des Patienten, Anerkennung und Förderung der systemeigenen Ressourcen des Patienten, Reflexion der Rolle als Therapeut und des Arbeitskontextes	
<b>Systemische Methodik</b>	<b>Stunden</b>
Vermittlung und Training systemischer Interventionen, Techniken und Methoden auch bezogen auf unterschiedliche Settings, Kontexte und Arbeitsfelder sowie auf Planung, Durchführung und Evaluation	

**5. Arbeitsnachweise** (Fünf ausführlich dokumentierte Behandlungsfälle über durchgeführte systemische Psychotherapien)

**6. mündliche Prüfung:**

wann:..... , bei wem:.....

**Bitte ordnen Sie die Nachweise nach den Ziffern 1 - 6 dieses Antrages.**

**d) Hiermit stimme ich der Veröffentlichung meiner Daten auf der Liste anerkannter Systemischer Therapeuten / Therapeutinnen auf der Homepage der LPPKJP zu**

ja                       nein

Den Betrag (siehe Gebührenordnung) von €\_\_\_\_\_ habe ich am \_\_\_\_\_ auf das Konto (Nassauische Sparkasse, IBAN DE86 5105 0015 0277 0003 60, BIC NASSDE 55 XXX) der LPPKJP Hessen überwiesen.

<p><b>Persönliche Versicherung:</b></p> <p>Hiermit erkläre ich, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und vollständig gemacht habe und alle Angaben zutreffend sind.</p>   <p>Ort, Datum <span style="float: right;">Unterschrift des Antragstellers</span></p>
---

**Anlage**

**Antrag nach a):** Beglaubigte Kopie des DGSF- oder SG-Zertifikats

**Antrag nach b+c):** Beglaubigte Bescheinigungen:

- Arbeitsbescheinigungen oder Zeugnisse über klinische Tätigkeit
- Supervisionsbescheinigung
- Selbsterfahrungsnachweis
- Theorienachweise
- Dokumentation von fünf Falldarstellungen
- Nachweis über eine Abschlussarbeit und/oder ein Abschlusskolloquium