

Antrag auf Akkreditierung

Bereich 3: Intervention

Psychotherapeutenkammer Hessen
Frankfurter Str. 8
65189 Wiesbaden

Akkreditierungs- Nr. *

*wird von der PTK Hessen vergeben

Ihre Mitgliedsnummer in der PTK Hessen: _____

Ansprechpartner/in:

Name

Adresse/Telefon:

Email:

3.3	Intervention (mind. 3 - max. 8 Personen)	
-----	--	--

Approbation als

Psychologischer Psychotherapeut/in	
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in	

Ausstellungsdatum der Approbationsurkunde: _____

derzeitige heilkundliche Berufstätigkeit:

freiberuflich

mit KV-Zulassung

angestellt

ohne KV-Zulassung

Umfang der derzeitigen heilkundlichen Tätigkeit: _____ Stunden pro Woche

Praxis/Dienstadresse/Tel: _____

Intervisionsgruppe	
Zahl der Teilnehmer/innen	

Persönliche Versicherung:

- Hiermit erkläre ich, dass keine persönlichen oder strafrechtlichen Voraussetzungen vorliegen, die einer Ausübung der Heilkunde oder der Tätigkeit entgegenstehen (entsprechend § 2 (3,4) PsychThG).
- Veränderungen in diesen Voraussetzungen werde ich der Kammer unverzüglich mitteilen.
- Ich habe die Fortbildungsordnung der Psychotherapeutenkammer Hessen zur Kenntnis genommen und versichere, alle Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben und die Kriterien der FBO zu erfüllen.
- Ich versichere, für alle Termine Teilnehmerlisten zu führen, diese mindestens 6 Jahre aufzubewahren und der Psychotherapeutenkammer Hessen auf Wunsch vorzulegen.

Entsprechend den Ausführungsbestimmungen der Fortbildungsordnung gilt die Anerkennung einer Intervisionsgruppe für 5 Jahre.

Datum

Unterschrift /Stempel
Antragsteller/in

Anlagen:

- Teilnehmer/innenliste mit Anschrift und Originalunterschrift aller Teilnehmer/innen.

Zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Kammer werden die hierzu erforderlichen Daten gem. §§ 2 und 3 Heilberufsgesetz in Verbindung mit § 3 Abs. 1 HDSIG erhoben und elektronisch gespeichert. Diese Mitteilung erfolgt aufgrund § 31 Abs. 1 Nr. 1 HDSIG (Hessisches Datenschutz- und Informationsfreiheitsgesetz). Unsere ausführliche Datenschutzerklärung finden Sie auf der Kammerwebsite.

Teilnehmer/innenliste der Intervisionsgruppe

(Name, Adresse und Originalunterschrift der/s Teilnehmerin/s)

Ansprechpartner/in: _____

(Bitte in Druckbuchstaben)

Name	Adresse	Unterschrift
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		