

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: _____

Interventionsgruppe	
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 Interventionsgruppe 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.

Teilnehmerliste der Intervisionsgruppe F20____-_____
(Name, Adresse, Mitgliedsnummer und Originalunterschrift der Teilnehmer/-innen)



PSYCHOTHERAPEUTEN
KAMMER HESSEN

Ansprechpartner/-in:

(Bitte in Druckbuchstaben)

Name	Adresse	Mitgliedsnummer der PTK Hessen	Unterschrift
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			

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