

# Antrag auf Akkreditierung einer Fortbildungsveranstaltung

## Bereich 2: Praktisch - klinische Tätigkeit

Psychotherapeutenkammer Hessen  
Frankfurter Str. 8  
65189 Wiesbaden

**Akkreditierungs- Nr. \***

\*wird von der PTK Hessen vergeben

**Veranstaltungsort** \_\_\_\_\_

**Veranstaltungstitel:** \_\_\_\_\_

**Veranstaltungsdatum** \_\_\_\_\_

**Beginn und Ende** \_\_\_\_\_

**Fortbildungseinheiten** \_\_\_\_\_

Weitere Termine bitte auf gesonderten Blatt eintragen

**Antragsteller\*in:** \_\_\_\_\_  
Adresse

**Ansprechpartner\*in:** \_\_\_\_\_  
Name, Tel., E-Mail

Hiermit stimme ich der Veröffentlichung der Veranstaltung/en auf der Website der PTK Hessen zu  
 ja  nein

### Antrag auf Akkreditierung einer Fortbildungsveranstaltung nach Kategorie

(Zutreffendes bitte ankreuzen):

2.1	Interdisziplinäre Colloquien und Konferenzen (kliniksintern)	
2.2	Hospitation in psychotherapierlevanten Einrichtungen	
2.3	Klinikvorträge / Klinikkonferenz (öffentlich zugänglich)	

Die Veranstaltung wird evaluiert.

ja

nein

Wissenschaftliche Leitung: \_\_\_\_\_

Mitgliedsnummer in der PTK Hessen (falls vorhanden): \_\_\_\_\_

**Qualifikation der wissenschaftlichen Leitung:**

- **Approbation als**

Psychologischer Psychotherapeut*in	
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in	
Arzt/Ärztin	

- **Qualifikation im gelehrten Thema bei wissenschaftlicher Leitung ohne Approbation:**

---

---

---

**Versicherung des wissenschaftlichen Leiters\*in:**

- 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 akkreditierten Veranstaltungen und Termine Teilnehmerlisten geführt werden, diese mindestens 6 Jahre aufbewahrt und der Psychotherapeutenkammer Hessen auf Wunsch vorgelegt werden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift /Stempel  
Antragsteller\*in

**Anlagen:**

- Originalprogramm / Einladung / Beschreibung der Fortbildungsmaßnahme
- Unterlagen zur Qualifikation der wissenschaftlichen Leitung (Approbationsurkunde, sofern nicht Mitglied der PTK-Hessen, oder Weiterbildungsbescheinigung oder Entsprechendes)

*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.*

Weitere Termine:

**Ansprechpartner\*in:**

Name

---

**Veranstungstitel:**

---

**Veranstungsdatum:**

---

**Beginn und Ende:**

---

**Fortbildungseinheiten:**

---

**Veranstungstitel:**

---

**Veranstungsdatum:**

---

**Beginn und Ende:**

---

**Fortbildungseinheiten:**

---

**Veranstungstitel:**

---

**Veranstungsdatum:**

---

**Beginn und Ende:**

---

**Fortbildungseinheiten:**

---

**Veranstungstitel:**

---

**Veranstungsdatum:**

---

**Beginn und Ende:**

---

**Fortbildungseinheiten:**

---

**Veranstungstitel:**

---

**Veranstungsdatum:**

---

**Beginn und Ende:**

---

**Fortbildungseinheiten:**

---