PSYCHOTHERAPEUTEN KAMMER HESSEN

Psychotherapeutenkammer Hessen
Frankfurter Str. 8
65189 Wiesbaden

Bitte per Mail an weiterbildung@ptk-hessen.de oder als Brief an obige Adresse zurücksenden

Antrag auf Anerkennung der Zusatzbezeichnung **Spezielle Schmerzpsychotherapie (SSPT)** gemäß § 15 Teil A in Verbindung mit Bereich SSPT Teil B der Weiterbildungsordnung der Psychotherapeutenkammer Hessen (Übergangsregelung)

Antragsteller*in: _____

Mitgliedsnummer der PTK Hessen: _____

Straße Hausnummer: _____

Postleitzahl Ort: _____

Telefonnummer: _____

FAX: _____

E-Mail: _____

(Internetadresse) _____

Hiermit stimme ich der Veröffentlichung meiner Daten auf der Liste anerkannte*r Spezielle Schmerzpsychotherapeut*innen auf der Website der PTK Hessen zu.

☐ **ja** ☐ **nein**

Antrag auf Anerkennung der Zusatzbezeichnung Spezielle Schmerzpsychotherapie nach der Übergangsregelung

PSYCHOTHERAPEUTEN KAMMER HESSEN

Approbation als

Psychologischer Psychotherapeut*in	
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in	

Anlagen zum Antrag:

- ❑ amtlich beglaubigte Kopie der Approbationsurkunde (sofern diese der PTK Hessen nicht bereits vorliegt)
- ❑ Nachweis einer Tätigkeit von mindestens vier Jahre in einer entsprechenden praktischen Einrichtung
- ❑ Anlage 1 inkl. Nachweis(e) über Erlangung von Kenntnissen in der Theorie zu SSPT
- ❑ Anlage 2 inkl. Nachweis(e) über mind. 20 Stunden Supervision (bei Wahl beider Altersbereiche mind. 30 Stunden)
- ❑ Bescheinigung(en) über Erbringung von mind. 6 supervidierte, anonymisierte Falldarstellungen (bei Wahl beider Altersbereiche je 4 supervidierte, anonymisierte Falldarstellungen)
- ❑ Anlage 3 inkl. Teilnahmebescheinigungen von mind. 12 interdisziplinären Schmerzkonferenzen oder Sitzungen interdisziplinär besetzter Qualitätszirkel
- ❑ sonstige Nachweise (z.B. Zertifikate anerkannter Fachgesellschaften in amtlich beglaubigter Kopie)

Versicherung des*r Antragstellers*in:

Der*Die Antragsteller*in bestätigt mit seiner*ihrer Unterschrift die Richtigkeit aller Angaben und dass er*sie die Inhalte der Weiterbildungsordnung (WBO) der PTK Hessen zur Kenntnis genommen hat.

_____ _____

Datum Unterschrift/Stempel der*s Antragsteller*in

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.

Antrag auf Anerkennung der Zusatzbezeichnung
Spezielle Schmerzpsychotherapie
nach der Übergangsregelung

PSYCHOTHERAPEUTEN
KAMMER HESSEN

Anlage 1: Aufstellung der Nachweise über Erlangung von Kenntnissen in der Theorie zu SSPT

Antragsteller*in: _____ **MitgliedsNr.:_____**

Gewählter Altersbereich: ☐ **Erwachsene** ☐ **Kinder und Jugendliche**

Kenntnisse nach Ziffer 4.1 Bereich SSPT Teil B WBO der PTK Hessen (Theorie) können wie folgt nachgewiesen werden:

Nachweis-Nr.	WBO	Veranstaltungsthema/-titel	Datum der Veranstaltung	Std.
Allgemeine Grundlagen (mind. 44 Stunden)				
	Biopsychosoziales Konzept (mind. 8 Std)			
	Medizinische Grundlagen (mind. 8 Std)			
	Krankheitsbilder & psychotherapeut. Interventionen (mind. 24 Std)			
	Physiotherapeut. Methoden (4 Std)			
Altersbereich Erwachsene (mind. 36 Std)				
	Interdisziplinarität (mind. 8 Std)			

	Anamnese, Diagnostik und Therapieplanung (mind. 8 Std)			
	Verfahrensspez. Ansätze (mind. 20 Std)			
Altersbereich Kinder und Jugendliche (mind. 36 Std)				
	Definition, Ätiologie, Diagnostik und Klassifikation (mind. 8 Std)			
	Psychotherapeutische Interventionen (mind. 28 Stunden)			

Die obenstehenden Angaben entsprechen den eingereichten kopierten Nachweisen und wurden innerhalb der mindestens vier Jahre andauernden Tätigkeit in einer entsprechenden klinischen Einrichtung erworben.

_____ _____

Datum Unterschrift/Stempel der*s Antragsteller*in

Antrag auf Anerkennung der Zusatzbezeichnung
Spezielle Schmerzpsychotherapie
nach der Übergangsregelung

PSYCHOTHERAPEUTEN
KAMMER HESSEN

Anlage 2: Aufstellung der Nachweise über mind. 20 Stunden Supervision (bei Wahl beider Altersbereiche mind. 30 Stunden)

Antragsteller*in: _____ MitgliedsNr.: _____

Gewählter Altersbereich: ☐ **Erwachsene** ☐ **Kinder und Jugendliche**

Nach-weis-Nr.	Vollständiger Name der*des Supervisor*in	Gruppen- (G)/ Einzel (E)-Supervision	Datum/ggf. Zeitraum (von - bis)	Stundenzahl

Antrag auf Anerkennung der Zusatzbezeichnung
Spezielle Schmerzpsychotherapie
nach der Übergangsregelung

PSYCHOTHERAPEUTEN
KAMMER HESSEN

Anlage 3: Aufstellung der Teilnahmebescheinigungen von mind. 12 interdisziplinären Schmerzkonferenzen oder Sitzungen interdisziplinär besetzter Qualitätszirkel

Antragsteller*in: _____ **MitgliedsNr.: _____**

TB-Nr.	Veranstaltungstitel	Veranstalter	Datum