



## ANTRAG auf Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis in den P-Fächern gemäß WBO 20

### Gebiet \*

- Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie  
 Psychiatrie und Psychotherapie  
 Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Grundorientierung:  TP  VT

bezogen auf die Weiterbildungsteile:

- Supervision von Behandlungen  Gruppensupervision  
 Selbsterfahrung  Gruppenselbsterfahrung

### Zusatz-Weiterbildung \*

- Psychotherapie(-fachgebunden)  
 Psychoanalyse

\* bitte zutreffendes ankreuzen

---

### B.1. ANGABEN ZUR PERSON DES ANTRAGSTELLERS (PRAXIS):

Titel, Name, Vorname

---

Praxisanschrift:

Straße, PLZ / Ort:

---

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Kassenarzt-/ Betriebsstättennummer: \_\_\_\_\_

Tätigkeitsumfang:

**Vollzeit** |  **Teilzeit** im Umfang von \_\_\_\_\_ Std./Woche | **Umfang KV-Sitz** \_\_\_\_\_

Waren Sie bereits zu einem früheren Zeitpunkt zur Weiterbildung befugt?

- Ja und zwar für \_\_\_\_\_  
 Nein

*Falls Ja, bitte ergänzend angeben.*

Name des anerkannten Weiterbildungsinstituts/Weiterbündungsverband in dem Sie die Weiterbildung als Befugter ausgeübt haben:

---

im Zeitraum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**B.2. ANGABEN ZUR PERSON DES ANTRAGSTELLERS (KLINIK):**

Titel, Name, Vorname \_\_\_\_\_

Name / Anschrift der Klinik | Klinikabteilung:

Name: \_\_\_\_\_

Straße, PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Tätigkeitsumfang:

 **Vollzeit** |  **Teilzeit** im Umfang von \_\_\_\_\_ Std./Woche

als \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

Dienststellung in der Abteilung: \_\_\_\_\_

Weisungsbefugt gegenüber nachgeordneten Ärzten?  JA  NEIN

Waren Sie bereits zu einem früheren Zeitpunkt zur Weiterbildung befugt?

 Ja und zwar für \_\_\_\_\_ Nein*Falls Ja, bitte ergänzend angeben.*

Name des anerkannten Weiterbildungsinstituts/Weiterbildungsverbund in dem Sie die Weiterbildung als Befugter ausgeübt haben:

im Zeitraum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**C. ANGABEN ZUM WEITERBILDUNGSINSTITUT/WEITERBILDUNGSVERBUND**

Name der anerkannten Weiterbildungseinrichtung in der die Weiterbildung stattfindet:

Einbindung in der o.g. Weiterbildungseinrichtung seit: \_\_\_\_\_

Dozententätigkeit in der o.g. Weiterbildungseinrichtung seit: \_\_\_\_\_

**D. ERGÄNZENDE ANGABEN****(NUR AUSZUFÜLLEN BEI ANTRAG AUF BEFUGNIS ZUR SELBSTERFAHRUNG / LEHRTHERAPIE / LEHRANALYSE)**

Anerkennung der Zusatz-Weiterbildung Psychoanalyse seit \_\_\_\_\_

oder

**Psychotherapeutische Erfahrungen / TP**a) kontinuierliche psychodynamische<sup>1</sup> Einzelselbsterfahrung von mindestens 250 Stunden Dauer. Ja und zwar \_\_\_\_\_ Stunden Nein, sondern\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_<sup>1</sup> d.h. in einem psychoanalytisch begründeten Therapieverfahren im Sinne der Psychotherapierichtlinie

b) mindestens 3 Langzeit-Psychotherapiebehandlungen mit jeweils 150 Sitzungen unter kontinuierlicher Supervision.

- Ja und zwar \_\_\_\_\_ Stunden
- Nein, sondern

---

---

---

**Psychotherapeutische Erfahrungen / VT**

a) kontinuierliche verhaltenstherapeutische Selbsterfahrung von mindestens 70 Doppelstunden einzeln oder in der Gruppe.

- Ja und zwar \_\_\_\_\_ Stunden
- Nein, sondern

---

---

---

b) mindestens 10 kognitive-verhaltenstherapeutische Psychotherapien mit mindestens 200 Stunden

- Ja und zwar \_\_\_\_\_ Stunden
- Nein, sondern

---

---

---

**E. ERGÄNZENDE ANGABEN (NUR AUSZUFÜLLEN BEI ANTRAG AUF BEFUGNIS ZUR GRUPPENSELBSTERFAHRUNG)**

Gruppenselbsterfahrung von mindestens 70 Doppelstunden sowie praktische Erfahrungen im selben Umfang.

- Ja und zwar \_\_\_\_\_ Stunden

Hiermit versichere ich, dass alle Angaben vollständig und korrekt sind.

Sämtliche Korrespondenz zu meinem Antrag kann per E-Mail erfolgen.

**Empfänger des Gebührenbescheides, falls dieser nicht Sie selbst sind:**

Name \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Unterschrift /Stempel Antragsteller

Datum: \_\_\_\_\_

**Bitte fügen Sie dem Antrag als gesonderte Anlage bei:**

- Bestätigung des Weiterbildungsinstitutes oder Weiterbildungsverbundes über die Zugehörigkeit und die Dozententätigkeit des Antragstellers

**Ambulanter Bereich:**

- Einzelleistungsstatistik der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und / oder anonymisierte Privatliquidationen zum Nachweis der regelmäßigen psychotherapeutischen Tätigkeit

**Stationärer Bereich:**

- Nachweis einer ausreichenden stationären und ambulanten (z.B. Tagesklinik, Ambulanz etc.) psychotherapeutischen Tätigkeit in den letzten zwei Jahren
- Bestätigung des Selbsterfahrungstherapeuten (zu D)
- Genehmigung von Langzeittherapien durch den Kostenträger und / oder anonymisierte Privatliquidationen (zu E)
- Bestätigung der Supervisoren über die Supervision von Langzeittherapien gemäß § 3 Abs. 1a) Nr. 2.