

**Erhebungsbogen**  
zum Antrag auf Erteilung einer  
Weiterbildungsbefugnis in den P-Fächern

**für das Gebiet \***

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

**für die Zusatz-Weiterbildung \***

- Psychotherapie – fachgebunden –
- Psychoanalyse

Grundorientierung:       TP                       VT

bezogen auf die Weiterbildungsteile:

- Supervision von Behandlungen
- Selbsterfahrung
- Gruppenselbsterfahrung

\* bitte zutreffendes ankreuzen

A. **ANGABEN ZUR PERSON:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

<p><b><u>PRAXIS:</u></b></p> <p>Anschrift: _____</p> <p>Tel.: _____ E-Mail: _____</p> <p>Kassenarztnummer: _____</p> <p>Niedergelassen in <input type="checkbox"/> Voll- oder <input type="checkbox"/> Teilzeittätigkeit als _____ seit: _____</p>
--

**KLINIK:**

Anschrift der Klinik / Klinikabteilung:

\_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

**BERUFLICHE STELLUNG.**

Tätigkeit als \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

in  Voll- oder  Teilzeittätigkeit

Dienststellung in der Abteilung:

\_\_\_\_\_

Weisungsbefugt gegenüber nachgeordneten Ärzten?  Ja /  Nein

Vertragsärztliche Ermächtigung?  Ja /  Nein

Privatanschrift: \_\_\_\_\_

Anerkennung als Fachärztin / Facharzt für:

\_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

ggf. weitere Anerkennungen (gemäß Weiterbildungsordnung [WBO]):

\_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

**B. 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: \_\_\_\_\_

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

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

oder

**2.1. Psychotherapeutische Erfahrungen / TP**

a) kontinuierliche psychodynamische<sup>1</sup> Einzelselbsterfahrung von mindestens 250 Stunden Dauer.

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

Nein, sondern \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

ja

Nein, sondern \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> d.h. in einem psychoanalytisch begründeten Therapieverfahren im Sinne der Psychotherapierichtlinie

2.2. 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

Nein, sondern \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

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

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

Hamburg, den: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel  
des/der Antragstellers/-stellerin

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

1. Bestätigung des Weiterbildungsinstitutes oder Weiterbildungsverbundes über die Zugehörigkeit und die Dozententätigkeit des Antragstellers
2. **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
3. Bestätigung des Selbsterfahrungstherapeuten (zu C 2.1.a) und 2.2.a) sowie D)
4. Genehmigung von Langzeittherapien durch den Kostenträger und / oder anonymisierte Privatliquidationen (zu C 2.1.b) und 2.2.b) sowie D)
5. Bestätigung der Supervisoren über die Supervision von Langzeittherapien gemäß § 3 Abs. 1a) Nr. 2.

Stand Juli /2016