



Antrag auf Anerkennung als Supervisor*in

AKNR: 27678020 __/____000__ (Bitte dieses Feld nicht beschriften!)

- Erstantrag (bisher keine Anerkennung als Supervisor*in)
 Verlängerungsantrag (Anerkennung bereits früher erteilt unter folgender AKNR: _____)

1. Antragsteller*in	VID = P (falls bereits vorhanden, bitte hier Ihre <u>Veranstalter-Nummer</u> eintragen. Diese beginnt mit einem P und hat insgesamt 5 Stellen) Name: Vorname: _____ Titel: _____ Straße: PLZ: _____ / Ort: _____ Tel.: _____ Fax: _____ E-Mail: _____
2. Psychotherapeutische Qualifikation I	<input type="checkbox"/> PP → Approbation erteilt im Jahr: _____ <input type="checkbox"/> KJP → Approbation erteilt im Jahr: _____ <input type="checkbox"/> P (mit abgeschlossener Fachgebietsweiterbildung) → Abschluss der Fachgebietsweiterbildung im Jahr: _____ <input type="checkbox"/> psychotherapeutisch weitergebildete/r Ärztin/Arzt Abschluss der Weiterbildung im Jahr: _____ <input type="checkbox"/> keine Approbation, aber äquivalente Qualifikation → welche? (bitte beschreiben): _____
3. Psychotherapeutische Qualifikation II	<u>Fachkunde in einem Richtlinienverfahren:</u> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <u>Eintrag in das Arztregister:</u> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4. Bereits vorhandene Anerkennungen als Supervisor*in auf Grundlage der Fort- und/oder Weiterbildungsordnung einer inländischen Heilberufekammer	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → welche? (bitte auflisten und <u>Nachweise</u> beilegen!): _____

<p>5. <u>Therapie (Verfahren/Methode)</u>, in der die Supervision erteilt werden soll</p> <p><i>Bitte belegen Sie Ihre Angaben durch entsprechende <u>Nachweise</u> (Kopien)!</i></p>	<p><input type="checkbox"/> <u>Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie</u></p> <p>Aus- und / oder Weiterbildungsabschluss: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Abschluss der Aus-/Weiterbildung (Jahr):</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Analytische Psychotherapie</u></p> <p>Aus- und / oder Weiterbildungsabschluss: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Abschluss der Aus-/Weiterbildung (Jahr):</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Verhaltenstherapie</u></p> <p>Aus- und / oder Weiterbildungsabschluss: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Abschluss der Aus-/Weiterbildung (Jahr):</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Gesprächspsychotherapie</u></p> <p>Aus- und / oder Weiterbildungsabschluss: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Abschluss der Aus-/Weiterbildung (Jahr):</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Systemische Therapie</u></p> <p>Aus- und / oder Weiterbildungsabschluss: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Abschluss der Aus-/Weiterbildung (Jahr):</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Klinische Neuropsychologie</u></p> <p>Aus- und / oder Weiterbildungsabschluss: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Abschluss der Aus-/Weiterbildung (Jahr):</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Andere/s Verfahren/Methode:</u></p> <p>Aus- und / oder Weiterbildungsabschluss: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Abschluss der Aus-/Weiterbildung (Jahr):</p>
<p>6. Zielgruppe der Supervision</p>	<p><input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/> KJP <input type="checkbox"/> P</p> <p><u>außerdem:</u></p> <p><input type="checkbox"/> ärztliche Psychotherapeut*innen</p> <p><input type="checkbox"/> andere Berufsgruppen</p>
<p>7. Ich bin parallel zu meiner supervisorischen Tätigkeit auch <u>psychotherapeutisch</u> tätig</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>wenn ja: → Im Umfang von Std. / Woche</p>

8. Ich bin damit einverstanden, dass mein Name und meine Kontaktdaten in die Liste der anerkannten Supervisor*innen aufgenommen werden und dass diese Liste auf der Homepage der LPK Baden Württemberg öffentlich zugänglich gemacht werden darf

- ja
 nein

Versicherung der antragstellenden Person

Bitte lesen Sie die nachfolgende Information und bestätigen Sie durch Ankreuzen, dass Sie den Inhalt zur Kenntnis genommen haben:

Die **Anerkennung** als Supervisor*in wird von der LPK Baden-Württemberg für sieben Jahre erteilt und gründet auf der Fortbildungsordnung. Nach Ablauf des Anerkennungszeitraums ist ggf. rechtzeitig ein neuer Antrag zu stellen. Die Gebühr der Anerkennung als Supervisor*in richtet sich nach der aktuell gültigen Gebührenordnung. Die Anerkennung als Supervisor*in ist nicht gleichbedeutend mit der Akkreditierung der durchgeführten Supervisionsveranstaltungen (Einzelsupervisionen oder Gruppensupervisionen). Wenn Teilnehmer*innen von Supervisionsveranstaltungen Fortbildungspunkte erwerben möchten, dann **muss die Akkreditierung dieser Supervisionsveranstaltungen separat beantragt werden** (Antrag auf Akkreditierung einer Supervisionsveranstaltung). Entsprechende Anträge können von Supervisor*innen selbst oder von den Teilnehmer*innen gestellt werden. Akkreditierungsfähig sind nur Supervisionsveranstaltungen, die sich (auch) an approbierte PP, KJP, P und Ärzte/Ärztinnen richten. Die Akkreditierung von Supervisionsveranstaltungen (Gruppe, Einzelsupervision) ist immer an die Leitung gebunden. **Scheiden Supervisor*innen aus, dann erlischt die Akkreditierung dieser Supervisionsveranstaltung.**

- Ich habe diese INFORMATION zur Kenntnis genommen.
- Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben in diesem Antrag.

Ort, Datum:

Unterschrift der antragstellenden Person

[LPK/Stand: 06.12.2023