



## Antrag auf Anerkennung als IFA-Gruppenleiter\*in

AKNR: **27678020** \_\_\_ / \_\_\_ **000** \_\_\_ (Bitte dieses Feld nicht beschriften!)

- Erstantrag (bisher keine Anerkennung als IFA-Gruppenleiter\*in)  
 Verlängerungsantrag (Anerkennung bereits früher erteilt unter folgender **AKNR:** \_\_\_\_\_ )

1. Antragsteller*in	<b>VID = P</b>  (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 ins Arztregister:</u> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4. Bereits vorhandene, anderweitige Anerkennungen als IFA-Gruppenleiter*in	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → welche? (bitte auflisten und <u>Nachweise</u> beilegen!):

<p>5. Verhaltenstherapeutische Kompetenzen</p> <p>(bitte <u>Nachweise</u> beilegen)</p>	<p><u>Abgeschlossene Aus- und / oder Weiterbildung in Verhaltenstherapie:</u></p> <p><input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja → wenn ja: Abschluss im Jahr:</p> <p><u>Teilnahme an IFA-Gruppenarbeit bei einer/einem anerkannten Gruppenleiter*in:</u></p> <p><input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja → wenn ja: Anzahl der Doppelstunden:</p> <p><u>Teilnahme an Gruppenleiter*innenseminaren bei anerkannten Ausbilder*innen:</u></p> <p><input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja → wenn ja: Anzahl der Doppelstunden:</p> <p><u>Erfahrungen als Co-Leiter*in:</u></p> <p><input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja → wenn ja: Anzahl der Doppelstunden:</p> <p><u>Abgeschlossene Aus- und / oder Weiterbildung in Gruppentherapie:</u></p> <p><input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja → wenn ja: Abschluss im Jahr:</p> <p><u>Abrechnungsgenehmigung für Gruppentherapie:</u></p> <p><input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> ja → wenn ja: seit:            (Jahr)</p>
<p>6. Zielgruppe der IFA-Gruppenarbeit</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 damit einverstanden, dass mein Name und meine Kontaktdaten in die <u>Liste der anerkannten IFA-Gruppenleiter*innen</u> aufgenommen werden und dass diese Liste auf der Homepage der LPK Baden-Württemberg öffentlich zugänglich gemacht werden darf</p> <p><input type="checkbox"/> ja</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>	

## 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 IFA-Gruppenleiter\*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 IFA-Gruppenleiter\*in/-richtet sich nach der aktuell gültigen Gebührenordnung. Die Anerkennung als IFA-Gruppenleiter\*in ist nicht gleich- bedeutend mit der Akkreditierung der IFA-Gruppen. Wenn die Teilnehmer\*innen einer IFA-Gruppe Fortbildungspunkte erwerben möchten, dann muss die Akkreditierung der jeweiligen IFA-Gruppe vom/von der/dem IFA-Gruppenleiter\*in **separat** beantragt werden (Antrag auf Akkreditierung einer IFA-Gruppe). Akkreditierungsfähig sind nur Veranstaltungen, an denen (auch) PP, KJP, P oder Ärzte teilnehmen. Die Akkreditierung einer IFA-Gruppe ist an die Person der/des anerkannten IFA-Gruppenleiter\*in gebunden. **Scheidet der/die IFA-Gruppenleiter\*in aus, dann erlischt die Akkreditierung der IFA-Gruppe.**

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

Ort, Datum:

---

Unterschrift der antragstellenden Person

(LPK-BW/Stand: 06.12.2023)