



EINGANG (Antrag): ____ / ____ / ____

AKNR: _____

Antragsformular A10

Bitte graue Felder nicht ausfüllen!

Antrag auf Akkreditierung einer Selbsterfahrungsveranstaltung

1. Form der beantragten Selbsterfahrung	<input type="checkbox"/> Einzel- <input type="checkbox"/> Gruppen-Selbsterfahrung
2. Art	<input type="checkbox"/> einmalige Veranstaltung <input type="checkbox"/> regelmäßig stattfindende Veranstaltung (mit gleichem Teilnehmerkreis)
3. Bezeichnung der Veranstaltung oder Name der Einzelperson	
4. Antragsteller	VID = _____
	Name: _____
	Vorname: _____ Titel: _____
	Strasse: _____
	PLZ _____ / Ort: _____
	Tel. _____ Fax _____
	Email: _____
	Veranstalter-ID (VID), sofern bereits vorhanden: _____
5. Name des / der Selbsterfahrungsleiters / Selbsterfahrungsleiterin	Der Antragsteller ist der / die Selbsterfahrungsleiter / -in <input type="checkbox"/> stimmt (weiter mit Frage 6) <input type="checkbox"/> stimmt nicht
	Name: _____
	Vorname: _____ Titel: _____
	Strasse: _____
	PLZ _____ / Ort: _____
	Tel. _____ Fax _____
	Email: _____

<p>6. Qualifikation des / der Selbsterfahrungsleiters / Selbsterfahrungsleiterin</p> <p>Therapieverfahren des / der Selbsterfahrungsleiters / Selbsterfahrungsleiterin</p>	<p><input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/> KJP Approbation erteilt am _____ (TT.MM.JJ)</p> <p><input type="checkbox"/> psychotherapeutisch weiterqualifizierter Arzt, Ende der Weiterbildung am _____ (TT.MM.JJ)</p> <p><input type="checkbox"/> Äquivalente Qualifikation (welche?):</p>
<p>7. Anerkennung als Selbsterfahrungsleiter / -in durch die LPK Baden-Württemberg ?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><u>falls ja</u>, bitte hier die AKNR angeben: _____</p> <p><u>falls nein</u>: bitte legen Sie dem Antrag Unterlagen bei, aus denen die Erfüllung der Anforderungskriterien gemäß Anlage 3 zur FBO hervorgeht (z. B. Anerkennungsbestätigung durch Ausbildungsinstitut oder Anerkennungsbestätigung durch psychotherapeutische Fachgesellschaft)!</p>
<p>8. Veranstaltungsort</p>	<p>PLZ: _____ Ort: _____ Strasse: _____</p> <p>Der Veranstaltungsort befindet sich in Baden-Württemberg: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Die Veranstaltung findet an wechselnden Orten statt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>9. Veranstaltungstermin/e</p>	
<p>10. Fortbildungsdauer bei <u>einmaligen</u> Veranstaltungen</p>	<p>insgesamt _____ FE (1 FE = 45 Min.)</p> <p>(bitte nur die reine Fortbildungszeit abzüglich Pausen berücksichtigen)</p>
<p>11. Fortbildungsdauer bei <u>regelmäßig stattfindenden</u> Selbsterfahrungen mit gleichen Teilnehmern</p>	<p>Beginn: _____ Uhr Ende: _____ Uhr</p> <p>Beantragte Fortbildungseinheiten: _____ FE pro Sitzung</p>
<p>12. Teilnehmerzahl: (Gruppengröße)</p>	<p>_____ Teilnehmer insgesamt ohne Leiter / in</p> <p>(bei regelmäßig stattfindenden Gruppen-Selbsterfahrungen: bitte legen Sie dem Antrag eine <u>Liste der Teilnehmer</u> bei, mit Anschrift, Profession, Art der Approbation)</p>

