



EINGANG (Antrag): ____ / ____ / ____

Antragsformular A2

Antrag auf Anerkennung als Supervisor / Supervisorin

AKNR: _____

Bitte graue Felder nicht ausfüllen!

- Erstantrag
 Erweiterungsantrag (bisherige Kennung: VID= P_____ AKNR _____)
 Verlängerungsantrag (bisherige Kennung: VID= P_____ AKNR _____)

1. Antragsteller /-in	VID = _____
	Name: _____ Vorname : _____ Titel: _____ Strasse: _____ PLZ _____ / Ort: _____ Tel. _____ Fax _____ Email: _____
2. Qualifikation	<input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/> KJP Approbation erteilt am _____ (TT.MM.JJ) <input type="checkbox"/> psychotherapeutisch weiterqualifizierter Arzt, Ende der Weiterbildung am _____ (TT.MM.JJ) <input type="checkbox"/> äquivalente Qualifikation (welche?):
3. Form der Supervision	<input type="checkbox"/> Einzel- <input type="checkbox"/> Gruppen- <input type="checkbox"/> Team-Supervision
4. Anerkennung als Supervisor	Ich bin durch folgende psychotherapeutische Berufs- bzw. Fachverbände bzw. durch folgende staatlich anerkannte Ausbildungsstätten anerkannt (bitte Nachweise beilegen):

<p>5.1. Therapieverfahren</p> <p>5.2. Aus- und/ oder Weiterbildungsabschluss im beantragten Verfahren</p> <p>5.3. Abschluss der psychotherapeutischen Aus- bzw. Weiterbildung</p>	<hr/> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>_____ (TT.MM.JJ)</p>
<p>6. Supervision in einem Spezialgebiet</p> <p>Spezielle Kenntnisse und Erfahrungen</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>→ Angabe des Spezialgebietes (Störungsbereich oder bestimmte Altersgruppe)</p> <hr/> <p>Ich bin durch folgende Qualifikationen im Spezialgebiet ausgewiesen (bitte Nachweise beilegen):</p>
<p>7. Zielgruppe der Supervision</p>	<p><input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/> KJP</p> <p>außerdem:</p> <p><input type="checkbox"/> ärztliche Psychotherapeuten</p> <p><input type="checkbox"/> andere Berufsgruppen</p>

Ich führe ausschließlich Supervisionen durch, für die keine Teilnehmergebühren und / oder keine Honorare erhoben werden

- trifft zu
 trifft nicht zu

Ich bin einverstanden, dass mein Name in die Liste der anerkannten Supervisionen aufgenommen und auf der Homepage der LPK Baden-Württemberg veröffentlicht wird

- ja
 nein

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum:

Unterschrift des / der Antragstellers /-in