



EINGANG (Antrag): ____ / ____ / ____

Antragsformular A7

Antrag auf Akkreditierung einer Interventionsgruppe

AKNR: 276780200

Bitte graue Felder nicht ausfüllen!

1. Bezeichnung der Interventionsgruppe	
2. Antragsteller = verantwortliches Mitglied der Interventionsgruppe / Ansprechpartner gegenüber der LPK	<p style="text-align: right;">Bitte nicht ausfüllen!</p> <p>VID = _____</p> <p>Name: _____</p> <p>Vorname: _____ Titel: _____</p> <p>Strasse: _____</p> <p>PLZ _____ / Ort: _____</p> <p>Tel. _____ Fax _____</p> <p>Email: _____</p> <p>Meine Veranstalter-ID (VID), sofern bereits vorhanden: P _____</p>
3. Qualifikation des Antragstellers	<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>
4. Veranstaltungsort der Gruppe mit PLZ	<p>PLZ: _____ Ort: _____</p> <p>Der Veranstaltungsort befindet sich in <u>Baden-Württemberg</u>:</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Die Gruppe tagt an wechselnden Orten:</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>

6. Veranstaltungsstätte (Anschrift; ggf. Raum)	
7. Dauer der Intervention pro Sitzung 1 FE = 45 Minuten	Beginn: _____ Uhr Ende: _____ Uhr Beantragte Fortbildungseinheiten: _____ FE pro Termin (bitte nur die reine Fortbildungszeit abzüglich Pausen berücksichtigen)
8. Veranstaltungstermin/e	
9. Wie viele Sitzungen finden in der Regel pro Jahr statt (bzw. sind geplant) ?	<input type="checkbox"/> bis zu 5 Sitzungen <input type="checkbox"/> etwa 5 – 10 Sitzungen <input type="checkbox"/> etwa 11 – 15 Sitzungen <input type="checkbox"/> mehr als 15 Sitzungen
10. Teilnehmerzahl: (Gruppengröße) Zusammensetzung der Gruppe (zutreffendes bitte ankreuzen) Zusammensetzung der Gruppe nach Tätigkeitsfeld: (zutreffendes bitte ankreuzen)	_____ Teilnehmer insgesamt (bitte legen Sie dem Antrag eine Liste der Teilnehmer mit An- schriften und Profession / Art der Approbation bei) <input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/> KJP <input type="checkbox"/> ärztliche Psychotherapeuten <input type="checkbox"/> andere Berufsgruppen <input type="checkbox"/> ambulante Versorgung <input type="checkbox"/> (teil-)stationäre Versorgung <input type="checkbox"/> Beratungsstelle <input type="checkbox"/> andere Einrichtungen
11. Werden für die Sitzungen der Gruppe <u>Teilnahmegebühren</u> erhoben?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein → wenn ja: € _____ pro Sitzung / pro Teilnehmer/in
12. Wurde die Interventionsgruppe bereits von einer <u>anderen</u> Kammer <u>anerkannt</u> ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein → wenn ja, von welcher Kammer ? (bitte Name/n angeben) anerkannte Punktzahl pro Sitzung: : _____
13. Soll die Akkreditierung der Gruppe im Fortbildungskalender der LPK-BW erscheinen ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Beigelegte Unterlagen:

Liste der Teilnehmer mit Anschriften und Profession / Art der Approbation

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum:

Unterschrift des / der Antragstellers /-in

(Stand: 20.07.2006]