



Antrag auf Akkreditierung einer IFA-Gruppe

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

Mit diesem Antragsformular können nur fortlaufende IFA-Gruppen beantragt werden, die im Regelfall den gleichen Teilnehmerkreis haben. Dieser Antrag kann nur vom IFA-Gruppenleiter (IFA-Gruppenleiterin) gestellt werden. Einmalige IFA-Gruppenveranstaltungen **müssen** mit dem Antragsformular A1 beantragt werden!

- Erstantrag (bisher keine Akkreditierung dieser IFA-Gruppe)
 Verlängerungsantrag (Akkreditierung bereits früher erteilt unter folgender **AKNR:** _____)

1. Bezeichnung / Titel der IFA-Gruppe	
2. IFA-Gruppenleiter/-in (= 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: Email:
3. Psychotherapeutische Qualifikation	<input type="checkbox"/> PP → Approbation erteilt im Jahr: <input type="checkbox"/> KJP → Approbation erteilt im Jahr: <input type="checkbox"/> psychotherapeutisch weitergebildeter Arzt Abschluss der Weiterbildung im Jahr: <input type="checkbox"/> keine Approbation, aber äquivalente Qualifikation → welche? (bitte beschreiben):
4. Bereits als IFA-Gruppenleiter/-in durch die LPK-BW anerkannt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <u>wenn ja:</u> → Bitte hier AKNR angeben: <u>wenn nein:</u> → IFA-Gruppenleiter / IFA-Gruppenleiterinnen müssen bestimmte Kriterien erfüllen. Im Regelfall ist es deshalb erforderlich, dass der IFA-Gruppenleiter / die IFA-Gruppenleiterin einen <u>Antrag auf Anerkennung</u> stellt (Formular A5). <u>Alternativ</u> müssen diesem Antrag Unterlagen in Kopie beigelegt werden, mittels derer die Erfüllung der Kriterien beurteilt werden kann (z. B. Approba-

	tions- oder Weiterbildungsurkunden, Eintrag ins Arztregister, Anerkennungen durch andere Kammern, Fachgesellschaften oder Ausbildungsinstitute). <u>Ohne diese Nachweise kann der Antrag nicht bearbeitet werden.</u> Bitte ggf. einen Antrag stellen.
5. Veranstaltungsort	<p><u>Die beantragten Veranstaltungen finden ausschließlich in Baden-Württemberg statt:</u></p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><u>Die Veranstaltungen finden an wechselnden Orten statt:</u></p> <p><input type="checkbox"/> ja → häufigster Veranstaltungsort: <input type="checkbox"/> nein → Veranstaltungsort:</p>
6. Dauer einer üblichen Sitzung (Fortbildungszeit)	<p>Beginn: Uhr (hh.mm)</p> <p>Ende: Uhr (hh.mm)</p> <p>Pausen (insg. in Minuten):</p>
<p><u>Interne Bemessung</u> (wird von LPK ausgefüllt)</p> <p>FE: ____ / Punkte: ____</p>	
7. Wie viele Sitzungen (Treffen) finden pro Jahr statt bzw. sind geplant?	Durchschnittlich etwa Sitzungen/Treffen p.a.
<p>8. Sitzungstermine</p> <p>Hier bitte die genauen Termine (TT.MM.JJJJ) der <u>bereits geplanten nächsten Sitzungen</u> auflisten (z.B. 25.09.2015). Sofern die Termine zum Zeitpunkt der Antragstellung noch nicht feststehen, müssen diese <u>Termine nachgereicht</u> werden. Bereits <u>vor</u> Antragstellung stattgefundenene Termine können leider <u>nicht</u> berücksichtigt werden!</p> <p>Bitte beachten: Vorherige Terminmeldungen zwingend erforderlich. Alle Sitzungstermine der IFA-Gruppe müssen der Kammer nach erfolgter Akkreditierung <u>vorab</u> unter Angabe der AKNR gemeldet werden. Eine <u>nachträgliche Anrechnung</u> nicht gemeldeter Termine auf das Fortbildungszertifikat ist <u>grundsätzlich nicht möglich</u>. Ebenso wenig können im Regelfall Sitzungen nicht akkreditierter IFA-Gruppen angerechnet werden.</p>	
1.	2.
3.	4.
5.	6.
7.	8.
9.	10.
9. Teilnehmer	<p>Anzahl Teilnehmer insgesamt (aktueller Stand):</p> <p>• <u>Zusammensetzung der Gruppe:</u> (zutreffendes bitte ankreuzen)</p> <p><input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/> KJP <input type="checkbox"/> ärztliche Psychotherapeuten <input type="checkbox"/> andere Berufsgruppen</p> <p>• <u>Zusammensetzung der Gruppe nach Tätigkeitsfeld:</u> (zutreffendes bitte ankreuzen)</p> <p><input type="checkbox"/> ambulante Versorgung <input type="checkbox"/> (teil-)stationäre Versorgung <input type="checkbox"/> Beratungsstelle <input type="checkbox"/> andere Tätigkeitsfelder</p>

10. Auflistung der Teilnehmer (ohne IFA-Gruppenleiter/-in)

Hier bitte (zumindest) diejenigen Teilnehmer auflisten, die Fortbildungspunkte erwerben möchten. Diese Angaben sind zwingend erforderlich (bitte vorher Einverständnis der Teilnehmer einholen)!

Meldung von Änderungen der Gruppenzusammensetzung: Bitte melden Sie Veränderungen der Gruppenzusammensetzung - soweit es PP, KJP und Ärzte betrifft - unter Angabe der im Bescheid mitgeteilten Akkreditierungsnummer (AKNR).

	Name	Vorname	Titel/ Akad. Grad.	Profession	PLZ	Wohnort
1.				PP		
2.				PP		
3.				PP		
4.				PP		
5.				PP		
6.				PP		
7.				PP		
8.				PP		
9.				PP		
10.				PP		

11. Werden für die Veranstaltung Teilnahmegebühren erhoben?

nein ja

→ wenn ja: € pro Sitzung / pro Teilnehmer/-in

12. Wird diese beantragte IFA-Gruppe bereits von einer anderen Kammer anerkannt?

nein ja

→ wenn ja, von welcher Kammer ?
(bitte Name/n angeben)

13. Soll die Akkreditierung der IFA-Gruppe in einem Verzeichnis akkreditierter IFA-Gruppen veröffentlicht werden?

nein ja

wenn ja: → Geben Sie bitte hier Kontaktdaten für Interessierte an:

*Telefon:

*Fax:

*Email:

*Internet:

(*Mindestens 1 Angabe ist zwingend erforderlich)

➔ **Haben Sie bitte Verständnis dafür, dass unvollständige Anträge leider nicht bearbeitet werden können.**

Versicherung des Antragstellers/der Antragstellerin

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

Die **Akkreditierung** einer fortlaufenden IFA-Gruppe mit gleichem Teilnehmerkreis erfolgt für die Dauer von fünf Jahren und gründet auf der Fortbildungsordnung. Sollte diese C2-Veranstaltung danach weitergeführt werden, ist rechtzeitig ein neuer Antrag zu stellen. Bei einer akkreditierten IFA-Gruppe hat der IFA-Gruppenleiter / die IFA-Gruppenleiterin bestimmte Anforderungen zu erfüllen und bedarf der Anerkennung durch die LPK. Die Akkreditierung einer fortlaufenden IFA-Gruppe mit gleichem Teilnehmerkreis ist immer an die Person des anerkannten IFA-

Gruppenleiters / der anerkannten IFA-Gruppenleiterin gebunden. **Scheidet der IFA-Gruppenleiter / die IFA-Gruppenleiterin aus, dann erlischt die Akkreditierung dieser IFA-Gruppe.**

Teilnehmerliste: Bei jeder Sitzung einer akkreditierten fortlaufenden IFA-Gruppe ist eine Teilnehmerliste mit Originalunterschriften nach den Vorgaben der Landespsychotherapeutenkammer zu führen. Die Original-Teilnehmerlisten sind mindestens 10 Jahre aufzubewahren und auf Verlangen der Kammer vorzulegen.

Sitzungstermine: Es ist zwingend erforderlich, dass alle Sitzungstermine der akkreditierten IFA-Gruppe der Kammer vorab unter Angabe der AKNR gemeldet werden müssen (z. B.: 10.10.2015, 11.11.2015, 14.12.2015 etc.).

Teilnehmer: Die fortlaufende IFA-Gruppe wird für einen bestimmten Teilnehmerkreis akkreditiert. Änderungen der Gruppenzusammensetzung (neue Teilnehmer, ausgeschiedene Teilnehmer) sind der Kammer unter Angabe der AKNR namentlich anzuzeigen, soweit es PP, KJP und Ärzte betrifft.

Gebühren: Die Akkreditierung einer fortlaufenden IFA-Gruppe ist gebührenpflichtig, wenn ein Entgelt für die Teilnahme erhoben wird. Die Höhe der Gebühr richtet sich nach der jeweils gültigen Gebührenordnung (derzeit einmalig 75 Euro für den gesamten Zeitraum der Akkreditierung).

Ich habe diese INFORMATION zur Kenntnis genommen.

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben in diesem Antrag.

Ort, Datum:

Unterschrift des / der Antragstellers /-in

(LPK-BW/JS/Stand: 04.06.2018)