



Antragsformular A3

Antrag auf Anerkennung als **Selbsterfahrungsleiter / -in**

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

- Erstantrag (bisher keine Anerkennung als Selbsterfahrungsleiter/-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:  Email:
2. Psychotherapeutische Qualifikation I	<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):
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 Selbsterfahrungsleiter/-in	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → welche? (bitte auflisten und <u>Nachweise</u> beilegen!):

<p>5. <u>Therapie (Verfahren/Methode)</u>, in der die Selbsterfahrung erteilt werden soll</p> <p><i>Bitte belegen Sie ggf. Ihre Angaben durch entsprechende <u>Nachweise</u> (Kopien)!</i></p>	<p><input type="checkbox"/> <u>tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie</u></p> <p>Aus- und / oder Weiterbildungsabschluss: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Abschluss der Aus-/Weiterbildung (Jahr):</p> <p><input type="checkbox"/> <u>analytische Psychotherapie</u></p> <p>Aus- und / oder Weiterbildungsabschluss: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Abschluss der Aus-/Weiterbildung (Jahr):</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Verhaltenstherapie</u></p> <p>Aus- und / oder Weiterbildungsabschluss: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Abschluss der Aus-/Weiterbildung (Jahr):</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Gesprächspsychotherapie</u></p> <p>Aus- und / oder Weiterbildungsabschluss: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Abschluss der Aus-/Weiterbildung (Jahr):</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Systemische Therapie</u></p> <p>Aus- und / oder Weiterbildungsabschluss: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Abschluss der Aus-/Weiterbildung (Jahr):</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Klinische Neuropsychologie</u></p> <p>Aus- und / oder Weiterbildungsabschluss: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Abschluss der Aus-/Weiterbildung (Jahr):</p> <p><input type="checkbox"/> <u>andere/s Verfahren/-methode:</u></p> <p>Aus- und / oder Weiterbildungsabschluss: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Abschluss der Aus-/Weiterbildung (Jahr):</p>
<p>6. Zielgruppe der Selbsterfahrung</p>	<p><input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/> KJP</p> <p><u>außerdem:</u></p> <p><input type="checkbox"/> ärztliche Psychotherapeuten</p> <p><input type="checkbox"/> andere Berufsgruppen</p>
<p>7. Ich bin parallel zu meiner Tätigkeit als Selbsterfahrungsleiter/-in auch <u>psychotherapeutisch</u> tätig</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><u>wenn ja:</u> → Im Umfang von                      Std. / Woche</p>
<p>8. Ich führe ausschließlich Selbsterfahrungen für PP, KJP oder Ärzte durch, für die <u>keine</u> Teilnehmergebühren und / oder <u>keine</u> Honorare erhoben werden</p> <p><input type="checkbox"/> stimmt (trifft zu)</p> <p><input type="checkbox"/> stimmt nicht (trifft nicht zu)</p>	

9. Ich bin damit einverstanden, dass mein Name und meine Kontaktdaten in die Liste der anerkannten Selbsterfahrungsleiter aufgenommen werden und dass diese Liste auf der Homepage der LPK Baden-Württemberg öffentlich zugänglich gemacht werden darf

- ja  
 nein

### **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 **Anerkennung** als Selbsterfahrungsleiter/-in wird von der LPK Baden-Württemberg für fünf Jahre erteilt und gründet auf der Fortbildungsordnung. Nach Ablauf des Anerkennungszeitraums ist ggf. rechtzeitig ein neuer Antrag zu stellen. Für die Anerkennung als Selbsterfahrungsleiter/-in wird eine **Gebühr von EUR 120.-** für den Anerkennungszeitraum von fünf Jahren erhoben, sofern für akkreditierte Selbsterfahrungsveranstaltungen Entgelte erzielt werden. Die Anerkennung als Selbsterfahrungsleiter/-in ist nicht gleichbedeutend mit der Akkreditierung der vom anerkannten Selbsterfahrungsleiter bzw. von der anerkannten Selbsterfahrungsleiterin durchgeführten Selbsterfahrungsveranstaltungen (Einzel-SE oder Gruppen-SE). Wenn Teilnehmer von Selbsterfahrungsveranstaltungen Fortbildungspunkte erwerben möchten, dann **muss die Akkreditierung dieser Selbsterfahrungsveranstaltungen separat beantragt werden** (Antrag auf Akkreditierung einer Selbsterfahrungsveranstaltung). Entsprechende Anträge können vom Selbsterfahrungsleiter selbst oder von einem Teilnehmer gestellt werden. Akkreditierungsfähig sind nur Selbsterfahrungsveranstaltungen, die sich (auch) an approbierte PP, KJP und Ärzte richten. Die Akkreditierung von Selbsterfahrungsveranstaltungen (Gruppe, Einzel) ist immer an die Person des Selbsterfahrungsleiters / der Selbsterfahrungsleiterin gebunden. **Scheidet der Selbsterfahrungsleiter / die Selbsterfahrungsleiterin aus, dann erlischt die Akkreditierung dieser Selbsterfahrungsveranstaltung.**

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

Ort, Datum:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des / der Antragstellers /-in