

Antrag auf Akkreditierung eines **Qualitätszirkels (QZ)**

AKNR: **27678020** ___ / _____ **000** ___

(Bitte dieses Feld nicht beschriften!)

Mit diesem Antragsformular können nur fortlaufende Qualitätszirkel beantragt werden, die im Regelfall den gleichen Teilnehmer*innenkreis haben. Dieser Antrag kann nur vom dem/der **Moderator*in** gestellt werden, der bzw. die bestimmte Anforderungen erfüllen muss.
Einmalige (Sonder-)Veranstaltungen **müssen** mit dem Antragsformular A1 beantragt werden!

- Erstantrag (bisher keine Akkreditierung dieses Qualitätszirkels)
 Verlängerungsantrag (Akkreditierung bereits früher erteilt unter **AKNR:** _____)

1. Bezeichnung / Titel des Qualitätszirkels	
2. Moderator*in (Antragsteller*in)	<p>VID = P _____</p> <p>(falls bereits vorhanden, bitte hier Ihre <u>Veranstalter-Nummer</u> eintragen. Diese beginnt mit einem P und hat insgesamt 5 Stellen)</p> <p>Name: _____</p> <p>Vorname: _____ Titel: _____</p> <p>Straße: _____</p> <p>PLZ: _____ / Ort: _____</p> <p>Tel.: _____</p> <p>E-Mail: _____</p>
3. Psychotherapeutische Qualifikation	<p><input type="checkbox"/> PP → Approbation erteilt im Jahr: _____</p> <p><input type="checkbox"/> KJP → Approbation erteilt im Jahr: _____</p> <p><input type="checkbox"/> P → Approbation erteilt im Jahr: _____</p> <p><input type="checkbox"/> psychotherapeutisch weitergebildete/r Ärztin/Arzt Abschluss der Weiterbildung im Jahr: _____</p> <p><input type="checkbox"/> keine Approbation, aber äquivalente Qualifikation → welche? (bitte beschreiben): _____</p>

<p>4. Sind Sie bereits als Moderator*in durch die LPK-BW anerkannt?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><u>wenn ja:</u> → bitte AKNR angeben: _____</p> <p><u>wenn nein:</u> → bitte stellen Sie zeitgleich einen Antrag auf Anerkennung als Moderator*in (Antragsformular A4). Falls Ihre Anerkennung abgelaufen sein sollte, bitte zeitgleich einen Verlängerungsantrag (Antragsformular A4).</p>
<p>5. Veranstaltungsort</p>	<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: _____</p> <p><input type="checkbox"/> nein → Veranstaltungsort: _____</p>
<p>6. Dauer einer üblichen QZ-Sitzungen (Fortbildungszeit)</p> <p><u>Interne Bemessung</u> (wird von LPK ausgefüllt)</p> <p>FE: ____ / Punkte: ____</p>	<p>Beginn: ____ . ____ Uhr (hh.mm)</p> <p>Ende: ____ . ____ Uhr (hh.mm)</p> <p>Pausen (insg. in Minuten): _____</p>
<p>7. Wie viele Sitzungen (Treffen) der Gruppe finden pro Jahr statt bzw. sind geplant?</p>	<p>Durchschnittlich etwa _____ Sitzungen/Treffen p.a.</p>
<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> Antragsstellung stattgefundenene Termine können leider <u>nicht</u> berücksichtigt werden!</p> <p>Bitte beachten: Vorherige Terminmeldungen zwingend erforderlich. Alle Sitzungen der Gruppe müssen der Kammer nach erfolgter Akkreditierung <u>vorab</u> unter Angabe der AKNR gemeldet werden. Eine <u>nachträgliche Anrechnung</u> nicht gemeldeter <u>Termine</u> auf das Fortbildungszertifikat ist <u>grundsätzlich nicht möglich</u>. Ebenso wenig können im Regelfall Sitzungen nicht akkreditierter Gruppen angerechnet werden.</p>	
<p>1.</p>	<p>2.</p>
<p>3.</p>	<p>4.</p>
<p>5.</p>	<p>6.</p>
<p>7.</p>	<p>8.</p>
<p>9.</p>	<p>10.</p>
<p>9. Teilnehmer*innen</p>	<p>Anzahl Teilnehmer*innen insgesamt (aktueller Stand): ____</p> <p>• <u>Zusammensetzung der Gruppe:</u> (zutreffendes bitte ankreuzen)</p> <p><input type="checkbox"/> PP <input type="checkbox"/> KJP P <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> ärztliche Psychotherapeut*innen <input type="checkbox"/> andere Berufsgruppen</p>

	<p>• Zusammensetzung der Gruppe nach Tätigkeitsfeld: (zutreffendes bitte ankreuzen)</p> <p><input type="checkbox"/> ambulante Versorgung <input type="checkbox"/> (teil-)stationäre Versorgung</p> <p><input type="checkbox"/> Beratungsstelle <input type="checkbox"/> andere Tätigkeitsfelder</p>
--	--

10. Auflistung der Teilnehmer*innen (inkl. Moderator*in)

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

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

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

<p>11. Der beantragte Qualitätszirkel ist von der KVBW anerkannt</p>	<p><input type="checkbox"/> ja → <u>wenn ja:</u> Nachweis beilegen!</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p>
--	--

<p>12. Werden für die Sitzungen des QZ <u>Teilnahmegebühren</u> erhoben?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>→ <u>wenn ja:</u> € _____ pro Sitzung / pro Teilnehmer*in</p>
--	--

<p>13. Werden die Sitzungen des QZ bereits von einer <u>anderen</u> Kammer <u>anerkannt</u>?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>→ <u>wenn ja,</u> von welcher Kammer? _____ (bitte Name/n angeben)</p>
--	---

<p>14. Soll die Akkreditierung des QZ in einem Verzeichnis akkreditierter QZ erscheinen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p><u>wenn ja</u> → Geben Sie bitte hier Kontaktdaten für Interessierte an:</p> <p>*Telefon: _____</p> <p>*Fax: _____</p> <p>*E-Mail: _____</p> <p>*Internet: _____</p> <p>(*Mindestens 1 Angabe ist <u>zwingend</u> erforderlich)</p>
--	--

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

Versicherung der antragstellenden Person

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

Die **Akkreditierung** eines fortlaufenden Qualitätszirkels (QZ) mit gleichem Teilnehmer*innenkreis erfolgt für die Dauer von sieben Jahren und gründet auf der Fortbildungsordnung. Sollte diese C2-Veranstaltung danach weitergeführt werden, ist rechtzeitig ein neuer Antrag zu stellen. Bei einem akkreditierten QZ hat der/die Moderator*in bestimmte Anforderungen zu erfüllen und bedarf der Anerkennung durch die LPK. Der/die Moderator*in ist neben der Moderation für die Organisation des QZ (z.B. Führen der Teilnehmer*innenliste, Terminanmeldungen etc.) verantwortlich. Der/die Moderator*in stellt die erforderlichen Akkreditierungsanträge. Die Akkreditierung eines QZ ist immer an die Person des/der anerkannten Moderator*in gebunden. **Scheidet der/die Moderator*in aus, dann erlischt die Akkreditierung des QZ.**

Teilnehmer*innenliste: Bei jeder Sitzung eines akkreditierten fortlaufenden QZ ist eine Teilnehmer*innenliste mit Originalunterschriften nach den Vorgaben der Landespsychotherapeutenkammer zu führen. Die Original- Teilnehmer*innenlisten sind mindestens 5 Jahre aufzubewahren und auf Verlangen der Kammer vorzulegen.

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

Teilnehmer*innen: Der QZ wird für einen bestimmten Teilnehmer*innenkreis akkreditiert. Änderungen der Gruppenzusammensetzung (neue Teilnehmer*innen, ausgeschiedene Teilnehmer*innen) sind der Kammer unter Angabe der AKNR namentlich anzuzeigen, soweit des PP, KJP, P und Ärzte/Ärztinnen betrifft.

Gebühren: Die Gebühr der Akkreditierung eines fortlaufenden QZ mit gleichem Teilnehmer*innenkreis richtet sich nach der jeweils gültigen Gebührenordnung.

Ich habe diese INFORMATION zur Kenntnis genommen.

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben in diesem Antrag.

Ort, Datum: _____

Unterschrift der antragstellenden Person

[LPK/Stand: 06.12.2023]