

## 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 Teilnehmerkreis haben. Dieser Antrag kann nur vom **Moderator** (Moderatorin) 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><b>VID = P</b> _____</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.: _____ Fax: _____</p> <p>Email: _____</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"/> psychotherapeutisch weitergebildeter Arzt Abschluss der Weiterbildung im Jahr: _____</p> <p><input type="checkbox"/> keine Approbation, aber äquivalente Qualifikation → welche? (bitte beschreiben):</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</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>wenn ja: → bitte <b>AKNR</b> angeben: _____</p> <p>wenn nein: → 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> Antragstellung stattgefundenen Termine können leider <u>nicht</u> berücksichtigt werden!</p> <p><b><u>Bitte beachten: Vorherige Terminmeldungen zwingend erforderlich.</u></b> 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</p>	<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</p> <p><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 (inkl. Moderator/-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.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						

11. Der beantragte Qualitätszirkel ist von der KVBW anerkannt	<input type="checkbox"/> ja → <u>wenn ja:</u> Nachweis beilegen! <input type="checkbox"/> nein
12. Werden für die Sitzungen des QZ <u>Teilnahmegebühren</u> erhoben?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → <u>wenn ja:</u> € _____ pro Sitzung / pro Teilnehmer/in
13. Werden die Sitzungen des QZ bereits von einer <u>anderen</u> Kammer <u>anerkannt</u> ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → <u>wenn ja,</u> von welcher Kammer ? _____ (bitte Name/n angeben)
14. Soll die Akkreditierung des QZ in einem Verzeichnis akkreditierter QZ erscheinen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <u>wenn ja → Geben Sie bitte hier Kontaktdaten für Interessierte an:</u> *Telefon: _____ *Fax: _____ *Email: _____ *Internet: _____ (*Mindestens 1 Angabe ist <u>zwingend</u> 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** eines fortlaufenden Qualitätszirkels (QZ) 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 einem akkreditierten QZ hat der Moderator / die Moderatorin bestimmte Anforderungen zu erfüllen und bedarf der Anerkennung durch die LPK. Der Moderator / die Moderatorin ist neben der Moderation für die Organisation des QZ (z.B. Führen der Teilnehmerliste, Terminanmeldungen etc.) verantwortlich. Der Moderator / die Moderatorin stellt die erforderlichen Akkreditierungsanträge. Die Akkreditierung eines QZ ist immer an die Person des anerkannten Moderators / der anerkannten Moderatorin gebunden. **Scheidet der Moderator / die Moderatorin aus, dann erlischt die Akkreditierung des QZ.**

**Teilnehmerliste:** Bei jeder Sitzung eines akkreditierten fortlaufenden QZ 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 des akkreditierten QZ der Kammer vorab unter Angabe der AKNR gemeldet werden müssen (z.B. 10.10.2015, 11.11.2015, 14.12.2015 etc.).

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

**Gebühren:** Die Akkreditierung eines fortlaufenden QZ mit gleichem Teilnehmerkreis ist nur dann gebührenpflichtig, wenn ein Entgelt für die Teilnahme erhoben wird. Die Höhe der Gebühr 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 des / der Antragstellers / -in

[LPK/Stand: 18.12.2015]