

Nachweis-Formular zur Bestätigung über eine

mindestens fünfjährige¹ und aktuell andauernde

Dozenten- und/oder Supervisorentätigkeit

Hiermit bestätigen wir, dass

Frau Herr ohne Anrede _____
Titel

_____, geboren am _____
Vor- und Nachname(n) TT.MM.JJJJ

als **Dozent*in** auf dem Gebiet²

AP Erw Einzel AP Erw Gruppe AP KiJu Einzel AP KiJu Gruppe

ST Erw Einzel ST Erw Gruppe

TP Erw Einzel TP Erw Gruppe TP KiJu Einzel TP KiJu Gruppe

VT Erw Einzel VT Erw Gruppe VT KiJu Einzel VT KiJu Gruppe

als **Supervisor*in** auf dem Gebiet²

AP Erw Einzel AP Erw Gruppe AP KiJu Einzel AP KiJu Gruppe

ST Erw Einzel ST Erw Gruppe

TP Erw Einzel TP Erw Gruppe TP KiJu Einzel TP KiJu Gruppe

VT Erw Einzel VT Erw Gruppe VT KiJu Einzel VT KiJu Gruppe

vom _____ bis _____ an unserer Institution tätig war.
TT.MM.JJJJ TT.MM.JJJJ

seit dem _____ bis heute (aktuell andauernd) an unserer Institution tätig ist.
TT.MM.JJJJ

¹ Für Bereich der Systemischen Therapie bei Erwachsenen ist entsprechend der Übergangsregelungen auch eine dreijährige und aktuell andauernde Supervisoren- und Dozententätigkeit ausreichend (§ 40 Psychotherapie-Richtlinie).

² AP Erw Einzel = Analytische Psychotherapie für Erwachsene als Einzeltherapie, AP Erw Gruppe = Analytische Psychotherapie für Erwachsene als Gruppentherapie, AP KiJu Einzel = Analytische Psychotherapie für Kinder und Jugendliche als Einzeltherapie, AP KiJu Gruppe = Analytische Psychotherapie für Kinder und Jugendliche als Gruppentherapie, ST Erw Einzel = Systemische Therapie für Erwachsene als Einzeltherapie, ST Erw Gruppe = Systemische Therapie für Erwachsene als Gruppentherapie, TP Erw Einzel = Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie für Erwachsene als Einzeltherapie, TP Erw Gruppe = Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie für Erwachsene als Gruppentherapie, TP KiJu Einzel = Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie für Kinder und Jugendliche als Einzeltherapie, TP KiJu Gruppe = Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie für Kinder und Jugendliche als Gruppentherapie, VT Erw Einzel = Verhaltenstherapie für Erwachsene als Einzeltherapie, VT Erw Gruppe = Verhaltenstherapie für Erwachsene als Gruppentherapie, VT KiJu Einzel = Verhaltenstherapie für Kinder und Jugendliche als Einzeltherapie, VT KiJu Gruppe = Verhaltenstherapie für Kinder und Jugendliche als Gruppentherapie

Unsere Institution ist ein/e

staatlich anerkannte Ausbildungsstätte nach § 6 Psychotherapeutengesetz in der bis zum 31. August 2020 geltenden Fassung
Bezeichnung der Ausbildungsstätte: _____

Weiterbildungsstätte, zugelassen durch

die Ärztekammer _____ (bitte Bezeichnung/Ort der Kammer angeben)

die Psychotherapeutenkammer _____ (bitte Bezeichnung/Ort der Kammer angeben)

Art der Weiterbildungsstätte: Klinik eigene Praxis³ (**Bitte Fußnote beachten!**)

andere: _____ (bitte Art angeben)

Bezeichnung der Weiterbildungsstätte: _____

Weiterbildungsverbund, zugelassen durch

die Ärztekammer _____ (bitte Bezeichnung/Ort der Kammer angeben)

die Psychotherapeutenkammer _____ (bitte Bezeichnung/Ort der Kammer angeben)

Bezeichnung des Weiterbildungsverbunds: _____

An unserer Institution finden Aus-/Weiterbildungen bzw. Krankenbehandlungen in den umseitig angegebenen/angekreuzten Gebieten statt.

Vor- und Nachname des Unterschriftsberechtigten⁴: _____

Kontaktdaten des Unterschriftsberechtigten für Rückfragen: Tel.: _____,

E-Mail: _____

Ort,

Datum

Unterschrift der/des Unterschriftsberechtigten⁴ & Stempel der Institution

³ Hinweis: Weiterbildungsbefugte Ärztinnen oder Ärzte, die den Nachweis über die Supervisoren- und Dozententätigkeit aufgrund einer Weiterbildungstätigkeit in eigener Praxis führen möchten, müssen für die Bewerbung als Gutachter*in zusätzlich zu diesem Formular eine gültige Weiterbildungsbefugnis der zuständigen Ärztekammer sowie Nachweise der entsprechenden Tätigkeitszeiträume genehmigter Weiterbildungsassistent*innen der Kassenärztlichen Vereinigung einreichen.

⁴ z. B. Leitung der Ausbildungsstätte bzw. des Weiterbildungsverbunds oder weiterbildungsbefugte*r Ärztin oder Arzt