

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

## **Anlage 1 – Theoretische Qualifikation**

Bitte fügen Sie für jede aufgeführte Veranstaltung eine Teilnahmebescheinigung bei (bspw. Bescheinigung Veranstalter/Fachgesellschaft, des Arbeitgebers).

<b>Lfd. Nr.</b>	<b>Datum / Zeitraum</b>	<b>Thema / Titel</b>	<b>Veranstalter</b>	<b>Inhalt</b>	<b>Einheiten (je 45 Minuten)</b>	<b>Kategorie A/E/KJ<sup>1</sup></b>

<sup>1</sup> Bitte geben Sie hier die Zuordnung der Themen zu den Kategorien an gemäß den Vorgaben nach Abschnitt B 3. der WBO PP/KJP an (A=Allgemeine Grundlagen/E=Spezifische Weiterbildungsinhalt Erwachsene/KJ=Spezifische Weiterbildungsinhalte Kinder- und Jugendliche).

Antrag auf Anerkennung Zusatzbezeichnung in dem Bereich „Spezielle Schmerzpsychotherapie“ (Übergangsbestimmungen)

BLATT Nr. \_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

## Anlage 2 – Praktische Qualifikationen

Bitte fügen Sie für jede aufgeführte Tätigkeit einen entsprechenden Nachweis vor (bspw. Arbeitszeugnis des Arbeitgebers).

Lfd. Nr.	Datum / Zeitraum	Art der Tätigkeit	Einrichtung	Supervisorin/Supervisor	Einheiten (je 50 Minuten)	Kategorie E/KJ <sup>2</sup>
		<input type="checkbox"/> Einbeziehung Bezugspersonen <sup>3</sup>				
		<input type="checkbox"/> Einbeziehung Bezugspersonen				
		<input type="checkbox"/> Einbeziehung Bezugspersonen				
		<input type="checkbox"/> Einbeziehung Bezugspersonen				
		<input type="checkbox"/> Einbeziehung Bezugspersonen				
		<input type="checkbox"/> Einbeziehung Bezugspersonen				
		<input type="checkbox"/> Einbeziehung Bezugspersonen				

<sup>2</sup> Bitte geben Sie hier die Zuordnung der Behandlungen zu den Alterskategorien an, soweit der Antrag für beide Altersgruppen gestellt wird (E=Erwachsene / KJ=Kinder- und Jugendliche).

<sup>3</sup> Bitte ankreuzen, wenn im Rahmen der Behandlungen bei Kindern und Jugendlichen relevante Bezugspersonen einbezogen wurden.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

### **Anlage 3 – Aufstellung Supervisionen**

Bitte fügen Sie für die aufgeführten Supervisionen einen entsprechenden Nachweis vor (bspw. Erklärung Supervisorin/Supervisor).

Lfd. Nr.	Datum / Zeitraum	Supervisorin/Supervisor (Name, Vorname)	Qualifikation Supervisorin/Supervisor	Setting	Einheiten <sup>4</sup> (je 45 Minuten)	Kategorie E/KJ <sup>5</sup>
				<input type="checkbox"/> Einzelsupervision <input type="checkbox"/> Gruppensupervision <sup>6</sup>		
				<input type="checkbox"/> Einzelsupervision <input type="checkbox"/> Gruppensupervision		
				<input type="checkbox"/> Einzelsupervision <input type="checkbox"/> Gruppensupervision		
				<input type="checkbox"/> Einzelsupervision <input type="checkbox"/> Gruppensupervision		
				<input type="checkbox"/> Einzelsupervision <input type="checkbox"/> Gruppensupervision		
				<input type="checkbox"/> Einzelsupervision <input type="checkbox"/> Gruppensupervision		
				<input type="checkbox"/> Einzelsupervision <input type="checkbox"/> Gruppensupervision		
				<input type="checkbox"/> Einzelsupervision <input type="checkbox"/> Gruppensupervision		
				<input type="checkbox"/> Einzelsupervision <input type="checkbox"/> Gruppensupervision		

<sup>4</sup> Supervisionen werden nur dann anerkannt, wenn diese zu mindestens jeder 10. Therapiestunde durchgeführt wurde.

<sup>5</sup> Bitte geben Sie hier die Zuordnung der Themen zu den Kategorien an, soweit der Antrag für beide Altersgruppen gestellt wird (E=Erwachsene/KJ=Kinder- und Jugendliche).

<sup>6</sup> Gruppensupervisionen werden ausschließlich mit maximal 6 Teilnehmenden anerkannt



