

Antrag auf Anerkennung der Zusatzbezeichnung „Psychodiabetologe*in“
 gemäß der Weiterbildungsordnung PP & KJP der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz

Bitte per Post senden an:

Landespsychotherapeutenkammer RLP
 Diether-von-Isenburg-Str. 9-11
 55116 Mainz

Eingangsstempel:

Ich beantrage hiermit die Anerkennung der Zusatzbezeichnung „Psychodiabetologe*in“ nach der Weiterbildungsordnung PP & KJP der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz.

Dauer der Bereichsweiterbildung (Dauer mind. 18 Monate)	
Beginn:	Ende:
<input type="checkbox"/> Durchgängig in Vollzeittätigkeit	<input type="checkbox"/> (Auch) in Teilzeittätigkeit
Schwerpunkt(e) der Weiterbildung:	
<input type="checkbox"/> Erwachsene	<input type="checkbox"/> Kinder & Jugendliche

Bitte nutzen Sie das Formular in Anlage 2, um alle Tätigkeitszeiten mit Unterschrift der Weiterbildungsbefugten nachzuweisen.

Generelle Angaben für die Zuordnung
Mitgliedsnummer:
Name, Vorname:
Straße, PLZ, Ort:
Telefon:
E-Mail:
Approbation: <input type="checkbox"/> Psychologische*r Psychotherapeut*in <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in
Liegen relevante Zusatzqualifikationen vor? <i>(Nachweis bitte als Kopie beifügen, sofern dieser der LPK RLP noch nicht vorliegt)</i>

Bitte beachten Sie, dass nur Mitglieder der LPK RLP einen Antrag auf Anerkennung einer Zusatzbezeichnung stellen können!

Folgende Nachweise sind beigefügt:
<input type="checkbox"/> Amtlich beglaubigte Kopie der Approbationsurkunde (sofern diese der LPK noch nicht vorliegt)
<input type="checkbox"/> Bestätigung über mind. 80 (eine Altersgruppe) bzw. 96 (beide Altersgruppen) Einheiten ¹ theoretische Weiterbildung (siehe Anlage 1);
<input type="checkbox"/> Bestätigung über mind. 18-monatige Tätigkeit in einer für die Bereichsweiterbildung in Spezieller Psychotherapie bei Diabetes anerkannten Weiterbildungsstätte (anerkannt für die Praktische Tätigkeit!) bei der
<input type="checkbox"/> mind. 180 (eine Altersgruppe) bzw. 270 (beide Altersgruppen) Behandlungsstunden absolviert wurden (siehe Anlage 2);
<input type="checkbox"/> Nachweis über mind. 25 (eine Altersgruppe) bzw. 38 (beide Altersgruppen) Einheiten Supervision bei einer/einem von einer LPK anerkannten Supervisor*in (siehe Anlage 3);
<input type="checkbox"/> 6 (eine Altersgruppe) bzw. 8 (bei beiden Altersgruppen jeweils 4) supervidierte Falldarstellungen (siehe Anlage 4);
<input type="checkbox"/> Bestätigung über 40 Stunden Hospitation (siehe Anlage 5),
<input type="checkbox"/> zusätzliche relevante Nachweise (z.B. Teilnahmebescheinigungen, Arbeitszeugnisse, Hospitationsnachweis) in Kopie.

Abschluss-Erklärung:	
<p>Die Weiterbildungsordnung PP & KJP der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz habe ich zur Kenntnis genommen. Hiermit versichere ich die Richtigkeit meiner Angaben und die Übereinstimmung eingereicherter Kopien mit den entsprechenden Originalen.</p> <p>Mir ist bekannt, dass der Antrag auf Erwerb der Zusatzbezeichnung gemäß Ziffer 3 der Anlage 1 der Gebührenordnung gebührenpflichtig ist. Die Gebühr für einen Antrag auf Erwerb einer Zusatzbezeichnung beträgt 360,00 €.</p> <p>Die Gebühr für den Antrag entsteht mit Antragstellung; damit ist die Gebühr auch zu leisten, wenn der Antrag negativ beschieden oder zurückgenommen wird. Der Gebührenbescheid wird nach Abschluss des Verfahrens versendet.</p>	
Ort, Datum:	Unterschrift Antragsteller*in:

¹ Eine Einheit Theorie, Supervision und Selbsterfahrung entspricht 45 Minuten.

Anlage 1: Bestätigung zur Theoretischen Weiterbildung (mind. 80/96 Einheiten)
<p>Die Weiterbildung ist mit den Schwerpunkten Kinder/Jugendliche (Seminare 1,2,3 u. 5 sowie Seminar 4b obligatorisch) und Erwachsene (Seminare 1,2,3 u. 5 sowie Seminar 4a obligatorisch) möglich und unterscheidet sich im Theorieteil sowie der Praktischen Weiterbildung. Sofern die Voraussetzungen hierfür vorliegen, können auch beide Schwerpunkte gleichzeitig abgeschlossen werden (alle Seminare obligatorisch). Achten Sie bitte darauf, dass alle Weiterbildungsstätten von einer Psychotherapeutenkammer für die Theoretische Weiterbildung in der Bereichsweiterbildung „Spezielle Psychotherapie bei Diabetes“ anerkannt sein müssen. Bitte geben Sie den/die dem Antrag zugrundeliegende(n) Schwerpunkt(e) an:</p> <p><input type="checkbox"/> Schwerpunkt Kinder/Jugendliche</p> <p><input type="checkbox"/> Schwerpunkt Erwachsene</p> <p>Details der geforderten Weiterbildungsinhalte sind der WBO PP & KJP zu entnehmen.</p>

Seminar	Datum/ Zeitraum	Einheiten	Name der LPK-anerkannten Weiterbildungsstätte
Seminar 1: Physiologisch-medizinische Grundlagen des Diabetes, Teil 1 (16 E)			
Seminar 2: Physiologisch-medizinische Grundlagen des Diabetes, Teil 2 (16 E)			
Seminar 3: Psychotherapeutische Grundlagen und Interventionen in der Therapie des Typ-1-Diabetes (16 E)			
Seminar 4a für die Altersgruppe Erwachsene: Psychotherapeutische Grundlagen und Interventionen in der Therapie des Typ-2-Diabetes (16 E)			
Seminar 4b für die Altersgruppe Kinder und Jugendliche: Psychotherapeutische Grundlagen und Interventionen des Diabetes bei Kindern und Jugendlichen (16 E)			
Seminar 5: Rechtliche und strukturelle Rahmenbedingungen sowie medizintechnologische Aspekte (16 E)			
Ort, Datum:	Unterschrift Antragsteller*in:		
Name und Unterschrift Weiterbildungsbefugte*r (wenn mögl. mit Stempel der Weiterbildungsstätte):			

Anlage 3: Nachweis über mind. 25 bzw. 38 Einheiten fallbezogene Supervision			
Der/die Antragsteller*in hat mind. 25 (eine Altersgruppe) bzw. mind. 38 (beide Altersgruppen) Einheiten fallbezogene Supervision durch eine(n) für den Weiterbildungsbereich „Spezielle Psychotherapie bei Diabetes“ von einer LPK anerkannte*n Supervisor*in absolviert. Die Supervision erfolgte mind. jede 10. Therapiestunde.			
Datum	Anzahl Einheiten	Einzel (E) / Gruppe (G)	Name und Unterschrift der/des für den Weiterbildungsbereich „Spezielle Psychotherapie bei Diabetes“ von einer LPK anerkannten Supervisor*in:
Ort, Datum:		Unterschrift Antragsteller*in:	
Name und Unterschrift der/des zuständigen Weiterbildungsbefugten:			
Psychotherapeutenkammer, die den/die Supervisor*in(nen) anerkannt hat: <input type="checkbox"/> LPK RLP <input type="checkbox"/> andere LPK, bitte angeben welche:			
<i>Sofern es sich nicht um die LPK RLP handelt, bitten wir Sie darum, einen Nachweis der jeweiligen Anerkennung in Kopie einzureichen.</i>			
Ggf. Anerkennungszeitraum:			

Kopieren Sie diese Seite bitte entsprechend Ihres Bedarfs.

Anlage 4: Nachweis über mind. 6 bzw. 8 Falldarstellungen	
<p>Die/der Antragssteller*in hat mind. 6 (bei einer Altersgruppe) oder mind. 8 (bei beiden Altersgruppen jeweils 4) supervidierte und abgeschlossene Behandlungsfälle mit Diabetespatient*innen nachgewiesen. Die Behandlungen müssen während der Weiterbildungszeit durchgeführt worden sein. Ein Behandlungsfall muss mind. 5 Stunden umfassen. Diese Behandlungsfälle sind durch differenzierte Falldarstellungen zu belegen. Die Falldokumentationen beinhalten: Anamnese, Problemanalyse mit Diagnose, Therapieziele, Behandlungsmethode, Therapieverlauf, Therapieergebnis, Reflexion. Dabei soll der diabetesspezifische Fokus der Behandlung deutlich werden.</p> <p>Die Falldarstellungen liegen dem Antrag bei.</p> <p style="color: red;">Bitte senden Sie uns die Falldarstellungen nicht als Originale ein, da diese nur digitalisiert aufbewahrt werden und eine postalische Rücksendung nicht möglich ist. Achten Sie zudem unbedingt darauf, dass die Fallberichte anonymisiert bei der LPK RLP eingehen.</p>	
Ort, Datum:	Unterschrift Antragsteller*in:
Name und Unterschrift der für den Weiterbildungsbereich „Spezielle Psychotherapie bei Diabetes“ von einer LPK anerkannte*n Supervisor*in oder Weiterbildungsbefugte*n:	

Anlage 5: Bestätigung über 40 Stunden Hospitation und deren Dokumentation	
<p>Die/der Antragsteller*in hat mind. 40 Stunden (nach Möglichkeit an 5 Tagen einer Arbeitswoche) Hospitation an einer anerkannten Einrichtung absolviert.</p> <p style="color: red;">Hospitationen können nur in Einrichtungen wie Diabetes-Fachkliniken, Diabetes-Reha-Zentren, Krankenhäusern mit diabetologischer Abteilung, Kinderkliniken oder diabetologischen Schwerpunktpraxen absolviert werden.</p>	
Zeitraum der Hospitation:	
Einrichtung:	
Ort, Datum:	Unterschrift Antragsteller*in:
Name und Unterschrift Weiterbildungsbefugte*r (wenn mögl. mit Stempel der Weiterbildungsstätte):	