

Landespsychotherapeutenkammer  
Rheinland-Pfalz  
Diether-von-Isenburg-Str. 9-11  
55116 Mainz

Fax: 06131-93055-20  
Email: [fortbildung@lpk-rlp.de](mailto:fortbildung@lpk-rlp.de)

**Antrag zur Anerkennung einer Intervisionsgruppe**  
**Zur Einreichung bei der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz**

<b>Erstantrag für diese Veranstaltung</b>	
Diese Intervisionsgruppe wurde bereits früher anerkannt (alte kammerinterne Nummer angeben):	

<b>Antragsteller*in / Koordinator*in der Intervisionsgruppe (muss Mitglied der LPK RLP sein)</b>	
Name:	
Straße:	
PLZ, Ort:	
Telefon:	Fax:
E-Mail:	
Approbation: Psychologische/r Psychotherapeut*in <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in <input type="checkbox"/>	

<b>Veranstaltungsort</b>	
Adresse:	
Die Intervisionsgruppe tagt an wechselnden Orten: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, bitte Orte angeben:

<b>Teilnehmerzahl (mind. drei approbierte PP oder KJP)</b>
<input type="checkbox"/> Psychologische/r Psychotherapeut*in <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in <input type="checkbox"/> Ärztliche/r Psychotherapeut*in <input type="checkbox"/> Andere Berufsgruppen: _____

<b>Zusammensetzung der Gruppe nach Tätigkeitsfeld</b>
<input type="checkbox"/> Ambulante Versorgung <input type="checkbox"/> (teil-) stationäre Versorgung <input type="checkbox"/> Beratungsstelle <input type="checkbox"/> Andere Einrichtungen: _____

<b>Abschluss-Erklärung</b>	
<p>Ich verpflichte mich, die vorgesehenen Sitzungsprotokolle zu führen und einmal im Jahr an die LPK RLP zurückzusenden sowie die Teilnahmebescheinigungen an die Mitglieder anderer Kammern auszuhändigen. Mir ist bekannt, dass die Interventionsgruppe automatisch aufgelöst wird, sollten zwei Jahre lang keine Sitzungsprotokolle bei der Geschäftsstelle der LPK RLP eingehen.</p>	
<b>Ort, Datum:</b>	<b>Unterschrift / Stempel:</b>

**Teilnehmerliste:**

<b>Name, Vorname</b>	<b>Wohnort</b>	<b>Mitglied der LPK RLP</b>	<b>Approbation als Psychologische/r Psychotherapeut*in / KJP</b>	<b>Andere Kammer / Berufsgruppe</b>
		Ja Nein	Ja Nein	
		Ja Nein	Ja Nein	