

## **Antrag auf Kurzprüfung einer Anerkennung als Sachverständige\*r zur gutachterlichen Tätigkeit**

**gemäß der Fortbildungsordnung der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz sowie der  
zugehörigen Richtlinie**

Bitte per Post senden an:

Landespsychotherapeutenkammer RLP  
 Wallaustraße 104  
 55118 Mainz

Eingangsstempel:

Bitte verwenden Sie dieses Formular, wenn Sie bereits eine Anerkennung als Sachverständige\*r von einer Psychotherapeutenkammer vorweisen können. Beachten Sie hierbei, dass eine Listung als Sachverständige\*r auf der Homepage der LPK RLP nur möglich ist, sofern eine unbefristete Anerkennung vorliegt und das eine Qualifikationsbezeichnung erteilt wurde. Liegt eine von beiden Voraussetzungen nicht vor, kann mit diesem Formular eine kostenpflichtige Kurzprüfung beantragt werden, um eine unbefristete Anerkennung der LPK RLP zu erhalten.

**Bitte beachten Sie, dass nur Mitglieder der LPK RLP diesen Antrag stellen können!**

Ich beantrage hiermit die Anerkennung und/oder Auflistung als Sachverständige\*r zur gutachterlichen Tätigkeit gemäß aktueller Fortbildungsordnung der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz sowie der Richtlinie „Curriculare Fortbildung zur sachverständigen Tätigkeit“.

| 1. 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                   |
| <input type="checkbox"/> Psychotherapeut*in                                                                                           |                                                                                |                                                                                       |
| ggf. Fach-<br>therapeut*in:                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Fachpsychotherapeut*in für<br>Kinder- und Jugendliche | <input type="checkbox"/> Fachpsychotherapeut*in Neuropsychologische<br>Psychotherapie |
| <input type="checkbox"/> Fachpsychotherapeut*in für Erwachsene                                                                        |                                                                                |                                                                                       |
| Liegen relevante Zusatzqualifikationen vor? <i>(Nachweis bitte als Kopie beifügen, sofern dieser der LPK RLP noch nicht vorliegt)</i> |                                                                                |                                                                                       |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| <b>2. Die curriculare Fortbildung wurde mit folgender/folgenden Spezialisierung(en) absolviert:</b>                                                                                                                                                                                    |                                       |
| <input type="checkbox"/> B1: Strafrecht und Strafvollzugsrecht<br><input type="checkbox"/> B2: Glaubhaftigkeit der Zeugenaussage<br><input type="checkbox"/> B3: Familienrecht<br><input type="checkbox"/> B4: Sozial- und Zivilrecht<br><input type="checkbox"/> B5: Verwaltungsrecht |                                       |
| <b>Anerkennende Kammer:</b><br><br><b>Datum der Anerkennung:</b><br><br><b>ggf. Fristende:</b><br><br><b>Beinhaltet die Anerkennung der PTK die Führung eines Titels /einer Bezeichnung?</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein                                 |                                       |
| <b>Ich bestätige, dass ich die erforderlichen unter Supervision erstellten Gutachten bei der zuständigen PTK zur Prüfung eingereicht habe.</b>                                                                                                                                         | <b>Unterschrift Antragsteller*in:</b> |

|                                                                                                                                                                                                            |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>3. Folgende Nachweise sind beigelegt:</b>                                                                                                                                                               |  |
| <input type="checkbox"/> Amtlich beglaubigte Kopie der Approbationsurkunde ( <i>sofern diese der LPK noch nicht vorliegt</i> );                                                                            |  |
| <input type="checkbox"/> Nachweise (Anerkennungsbescheid und ggf. Urkunde/Zertifikat) der Psychotherapeutenkammer, die die Anerkennung als Sachverständige*r für die gutachterliche Tätigkeit bescheinigt; |  |
| <input type="checkbox"/> Selbsterklärung ( <b>siehe Punkt 6 des Antragsformulars</b> );                                                                                                                    |  |
| <input type="checkbox"/> Angaben zum/zur Veranstalter*in bzw. zu den Veranstalter*innen ( <b>siehe Anlage 1</b> );                                                                                         |  |
| <input type="checkbox"/> Ggf. zusätzliche Nachweis über die Absolvierung der in der Richtlinie genannten Bausteine der curricularen Fortbildung.                                                           |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| <b>4. Sofern eine Befristung der Anerkennung vorliegt oder kein Titel/keine Bezeichnung vergeben wurde:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                       |
| <p>Mir ist bewusst, dass durch die Antragstellung eine <b>gebührenpflichtige</b> Kurzprüfung ausgelöst wird. Die Gebühr für die Anerkennung als Sachverständige*r beträgt bei einer Kurzprüfung 100,00 € (pro Qualifikationsbezeichnung).</p> <p>Die Gebühr für den Antrag entsteht mit Antragstellung; damit ist eine Gebühr auch zu leisten, wenn der Antrag negativ beschieden oder zurückgenommen wird. Der Gebührenbescheid wird nach Abschluss des Verfahrens versendet.</p> <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></div> |                                       |
| <b>Ort, Datum:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>Unterschrift Antragsteller*in:</b> |

### 5. Eintragung auf der Sachverständigenliste der LPK RLP

Sachverständige der LPK RLP haben die Möglichkeit, auf der Homepage der Kammer in ihrem jeweiligen Bereich gelistet zu werden. Auf die Sachverständigenliste werden Gerichte, Behörden oder andere Interessent\*innen bei Anfragen zur Benennung von Sachverständigen verwiesen. Daher bitten wir Sie

1. eine Aufnahme auf dieser Liste nur vorzunehmen, wenn Sie die Sachverständigentätigkeit aktiv auszuführen gedenken;
2. die Kontaktdaten aktuell zu halten und uns diesbezügliche Änderungen im Referat für Fort- und Weiterbildung zu melden,
3. sich wieder von der Liste herunternehmen zu lassen, wenn Sie dieser Tätigkeit nicht mehr nachgehen wollen und entsprechend keine Kontaktaufnahme von Gerichten, Behörden oder anderen Interessent\*innen wünschen.

☐ **Ich möchte auf der Sachverständigenliste der LPK RLP aufgenommen werden und verpflichte mich, meine Kontaktdaten aktuell zu halten.**

**Ort, Datum:**

**Unterschrift Antragsteller\*in:**

### 6. Selbsterklärung

Ich bestätige, dass ich über die gemäß 3.4. der Richtlinie erforderliche Zuverlässigkeit verfüge.

Ich versichere,

- ☐ die Richtigkeit meiner Angaben über die Sachkunde.
- ☐ es liegen innerhalb der letzten 10 Jahre keine berufsrechtlichen, approbationsrechtlichen oder strafrechtlichen Umstände vor, die der Erteilung der Anerkennung der sachverständigen Tätigkeit (z.B. strafrechtliche Ermittlungsverfahren, Strafurteile, berufsrechtliche Verfahren einer Heilberufskammer, heilberufsgerichtliche Verfahren und/oder Entscheidungen des Heilberufsgerichts oder approbationsrechtliche Verfahren) entgegenstehen.

Mir ist bewusst, dass

- ☐ sollten sich die Angaben über meine Zuverlässigkeit als falsch herausstellen, die Anerkennung zurückgenommen oder widerrufen werden kann.
- ☐ die Anerkennung auch widerrufen werden kann, soweit ich grob fahrlässig oder vorsätzlich gegen Ziffer 6 (Regeln zur Ausübung der Sachverständigentätigkeit) dieser Richtlinie verstoße.

**Ort, Datum:**

**Unterschrift Antragsteller\*in:**

## 7. Abschluss-Erklärung:

Die Fortbildungsordnung der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz und die dazugehörige Richtlinie zur gutachterlichen Tätigkeit habe ich zur Kenntnis genommen. Hiermit versichere ich die Richtigkeit meiner Angaben und die Übereinstimmung eingereichter Kopien mit den entsprechenden Originalen.

Mir ist bewusst, dass

- ☐ ich verpflichtet bin, meinen Beruf als Sachverständige\*r entsprechend der Berufsordnung gewissenhaft auszuüben und die professionelle Qualität des Handelns unter Einbeziehung aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse zu sichern und weiterzuentwickeln.
- ☐ ich der Verantwortung, die die Ausübung der Sachverständigentätigkeit mit sich bringt, in vollem Umfang nachzukommen habe, indem ich mich unter anderem im jeweiligen Rechtsbereich und der Gutachterlichen Tätigkeit als solcher regelmäßig fortbilde.
- ☐ ich in entsprechender Anwendung der Berufsordnung der LPK RLP verpflichtet bin, die/den Auftraggeber\*in zu informieren, wenn weitere diagnostische und therapeutische Fähigkeiten erforderlich sind, über die ich nicht verfüge.
- ☐ verpflichtet bin, Interessenkonflikte offenzulegen und eine etwaige Besorgnis der Befangenheit der/dem Auftraggeber\*in unverzüglich anzuzeigen.
- ☐ ich verpflichtet bin gegenüber der LPK RLP unverzüglich anzuzeigen, wenn ein gerichtliches Verfahren gegen mich eingeleitet wird.

**Ort, Datum:**

**Unterschrift Antragsteller\*in:**

### Anlage 1: Angaben zu den Veranstalter\*innen

1. Name des Veranstalters / der Veranstalter\*in:

Straße, PLZ, Ort:

Homepage:

Kontakt Daten:

**Welche Teile der Fortbildung wurden bei dieser/diesem Veranstalter\*in absolviert?**

☐ Theorie: A Grundlagenmodul ☐ C Praxismodul

☐ Theorie: B Spezialisierungsmodul

Bitte geben Sie an, welche Spezialisierungsmodule absolviert wurden:

2. Name des Veranstalters / der Veranstalter\*in:

Straße, PLZ, Ort:

Homepage:

Kontakt Daten:

**Welche Teile der Fortbildung wurden bei dieser/diesem Veranstalter\*in absolviert?**

☐ Theorie: A Grundlagenmodul ☐ C Praxismodul

☐ Theorie: B Spezialisierungsmodul

Bitte geben Sie an, welche Spezialisierungsmodule absolviert wurden:

|                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3. Name des Veranstalters / der Veranstalter*in:                                                                                                                                                                                                    |
| Straße, PLZ, Ort:                                                                                                                                                                                                                                   |
| Homepage:                                                                                                                                                                                                                                           |
| Kontaktdaten:                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Welche Teile der Fortbildung wurden bei dieser/diesem Veranstalter*in absolviert?</b><br><input type="checkbox"/> Theorie: A Grundlagenmodul <input type="checkbox"/> C Praxismodul<br><input type="checkbox"/> Theorie: B Spezialisierungsmodul |
| Bitte geben Sie an, welche Spezialisierungsmodule absolviert wurden:                                                                                                                                                                                |

|                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4. Name des Veranstalters / der Veranstalter*in:                                                                                                                                                                                                    |
| Straße, PLZ, Ort:                                                                                                                                                                                                                                   |
| Homepage:                                                                                                                                                                                                                                           |
| Kontaktdaten:                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Welche Teile der Fortbildung wurden bei dieser/diesem Veranstalter*in absolviert?</b><br><input type="checkbox"/> Theorie: A Grundlagenmodul <input type="checkbox"/> C Praxismodul<br><input type="checkbox"/> Theorie: B Spezialisierungsmodul |
| Bitte geben Sie an, welche Spezialisierungsmodule absolviert wurden:                                                                                                                                                                                |

*Bitte kopieren Sie diese Seiten entsprechend Ihres Bedarfs.*