

Name, Vorname:_____

Anlage 1 – Theoretische Qualifikationen

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

Lfd Nr.	Datum / Zeitraum	Thema / Titel	Veranstalter	Inhalt	Einheiten (je 45 Minuten)	Kategorie A/E/KJ ¹	Kategorie Ü/Soz/Ges /Arb/Beg/Gruppen ²

¹ 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).

² Bitte geben Sie hier die Zuordnung der Themen zu den Kategorien an gemäß Abschnitt B 3 der WBO PP/KJP (Ü=Übergreifende Inhalte, Soz=Soziale Sicherungssysteme und Versorgungsstrukturen, Ges=Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation, Arb = Arbeitsmedizinische und arbeitspsychologische Grundlagen, Beg=Sozialmedizinische Begutachtungen, Gruppen = Beurteilungskriterien bei ausgewählten Krankheitsgruppen).

Name, Vorname:_____

Anlage 2 – 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	Einheiten³ (je 45 Minuten)	Kategorie E/KJ⁴
				<input type="checkbox"/> Einzelsupervision <input type="checkbox"/> Gruppensupervision ⁵		
				<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		

³ Supervisionen werden nur dann anerkannt, wenn diese zu mindestens jeder 10. Therapiestunde durchgeführt wurde.

⁴ 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).

⁵ Gruppensupervisionen werden ausschließlich mit maximal 6 Teilnehmenden anerkannt

Name, Vorname: _____

Anlage 3 – Aufstellung Begehungen/Sozialgericht

Bitte fügen Sie für die aufgeführten Begehungen/öffentliche Sitzungen einen entsprechenden Nachweis vor (bspw. Bestätigung der Einrichtung).

Lfd. Nr.	Datum / Zeitraum	Einrichtung	Einheiten Stunden/Tag⁶

⁶ Bitte geben Sie hier den Zeitraum der Begehung / Teilnahme öffentliche Sitzungen bei Gericht an.

Name, Vorname: _____

Anlage 4 – Aufstellung Begutachtungen

Bitte fügen Sie für die aufgeführten Begutachtungen einen entsprechenden Nachweis vor (bspw. Bestätigung der Einrichtung).

Lfd. Nr.	Datum / Zeitraum	Einrichtung	Kategorie E/KJ⁷	Kategorie G/Befund/Stn⁸

⁷ Bitte geben Sie den Altersbereich für die Begutachtung an (E = Erwachsene, KJ = Kinder und Jugendliche).

⁸ Bitte geben Sie die Kategorie für die Begutachtung an (G = Gutachten, Befund = Befundbericht, Stn = Stellungnahme). Hierzu sind die Vorgaben gem. Abschnitt B 4. WBO PP/KJP zu berücksichtigen.