

Name, Vorname: _____

Anlage 1 – Theoretische Qualifikation

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/KJ¹

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).

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/KJ²
		<input type="checkbox"/> Einbeziehung Bezugspersonen ³				
		<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				

² 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).

³ 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 ⁴ (je 45 Minuten)	Kategorie E/KJ ⁵
				<input type="checkbox"/> Einzelsupervision <input type="checkbox"/> Gruppensupervision ⁶		
				<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		

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

⁵ 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).

⁶ Gruppensupervisionen werden ausschließlich mit maximal 6 Teilnehmenden anerkannt

Name, Vorname: _____

Anlage 5 – Aufstellung Teilnahme Schmerzkonferenzen⁷

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

Lfd. Nr.	Datum / Zeitraum	Einrichtung	Benennung Teilnehmende anderer Professionen	Einheiten

⁷ Es ist jeweils die Teilnahme an einer Schmerzkonferenz zu dokumentieren. Alternativ ist hier die Angabe zur Teilnahme an Sitzungen interdisziplinärer besetzter Qualitätszirkel möglich.