SBAP. Schweizerischer Berufsverband für Angewandte Psychologie
Association Professionnelle Suisse de Psychologie Appliquée
Associazione Professionale Svizzera della Psicologia Applicata

Konradstrasse 6
CH – 8005 Zürich
Telefon 043 268 04 05
www.sbap.ch
info@sbap.ch

Antrag auf Anerkennung für den Fachtitel «Psychotherapeutin SBAP.» und «Psychotherapeut SBAP.»

Einreichen an: info@sbap.ch

Angaben zur Person

Name, Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Privatanschrift: .....

PLZ/Ort: ..... Kanton: .....

Telefon: ..... Fax: .....

E-Mail: .....

Praxisanschrift: .....

PLZ/Ort: ..... Kanton: .....

Telefon: ..... Fax: .....

E-Mail: .....

Antrag

Ich bewerbe mich um die Anerkennung des Titels «PsychotherapeutIn SBAP.»

SBAP. Mitglied seit..... Beleg Nr. .....

Richtlinien für die Darstellung der Aus- und Weiterbildung

Die Fortbildungs- und Qualitätskommission ist Ihnen dankbar, wenn Ihre Unterlagen **vollständig** sind und Ihr Antrag in Druckschrift ausgefüllt ist. Mangelhaft ausgefüllte Anträge müssen wir Ihnen leider unbearbeitet zurücksenden. Auf Wunsch stellen wir Ihnen das Antragsformular auch als Attachment per E-Mail zu, und bitten Sie, den ausgefüllten Antrag unterschrieben und per Post an die Geschäftsstelle zu senden. Bitte liefern Sie uns zu allen Angaben Kopien der notwendigen Belege.

Bitte legen Sie Ihrem Antrag folgende Unterlagen bei:

- eine Kopie der Mitgliedschaft im SBAP.
- einen tabellarischen Lebenslauf
- ein Motivationsschreiben bzgl. Erhaltung des Fachtitels
- eine Kopie des Abschlusses des Hauptfachstudiums in Psychologie
- abgeschlossener akkreditierter Weiterbildungsgang in Psychotherapie, inklusive eines visierten Nachweises (s. Ausführungsbestimmungen)
- Auszug aus dem Strafregister (nicht älter als drei Monate)
- Kopie des eidg. anerkannten Psychotherapeuten-Titel (wenn vorhanden)
- Kopie der Quittung über die Bezahlung der Gebühr für Antragsprüfung (Sur-Dossier: CHF 500.–, vereinfachtes Verfahren: CHF 300, mit eidg. Titel: CHF 100.-).. Die Bankinformationen finden Sie auf der letzten Seite.

Voraussetzungen für das Tragen des Titels «PsychotherapeutIn SBAP. » entnehmen Sie den „Richtlinien inkl. Ausführungsbestimmungen für den Fachtitel «Psychotherapeutin SBAP.» und «Psychotherapeut SBAP.»" auf www.sbap.ch.

Ich kann nachstehende Anerkennung(en) vorweisen:

❑ Psychotherapeutin FSP / Psychotherapeut FSP Beleg Nr. .....

❑ Psychotherapeutin ASP / Psychotherapeut ASP Beleg Nr. .....

❑ Eidg. anerkannter Psychotherapeuten-Titel Beleg Nr. .....

❑ Praxisbewilligung des Kantons ..... Beleg Nr. .....

1. **Psychologische Grundausbildung:** Hauptfachstudium in Psychologie

Name der Hochschule/ Ort: .....

Abschlussjahr: .....

Vertiefungsrichtung: .....

Hauptfach: .....

Nebenfach/-Fächer: .....

Psychopathologie: .....

Abschlusstitel: .....

Beleg Nr. .....

2. Berufliche Praxis

Praxis/Institution/Funktion	Dauer und %	Beleg Nr.

3. Psychotherapeutische Weiterbildung

3.1. Theoretische psychotherapeutische Ausbildung:

Geben Sie uns Auskunft über Methode, Ausbildungsinstitut, Dauer, Stundenzahlen, Abschlussjahre, Ausbildnerinnen und Ausbildner, Diplome und/oder Zertifikate:

Methode: .....

Institut: .....

.....

Dauer: .....

Stundenzahl: .....

Abschlussjahr: .....

Diplom/Zertifikat: .....

Beleg Nr. .....

Legen Sie eine Übersicht der Ausbildungselemente der von Ihnen absolvierten Therapiemethode sowie eine Kopie Ihres Abschlusszertifikats bei. Wenn Sie Ihre Ausbildung nicht mit einem Zertifikat abgeschlossen haben, führen Sie die einzelnen Kurse/Seminare nachstehend auf.

Zusammenfassung Seminare/Kurse:

Seminar / Kurs	**AusbildnerIn**	**Dauer**	**Beleg Nr.**

3.2. Therapeutische Selbsterfahrung

Geben Sie uns Auskunft über Art, Dauer und Anzahl Sitzungen (Sitzungsdauer in Minuten, einzeln oder in Gruppe mit Teilnehmerzahl), sowie die Qualifikation der Person, bei der Sie die Selbsterfahrung gemacht haben (z.B. anerkannte Lehranalytikerin/Lehranalytiker oder Ausbildnerin/Ausbildner einer anerkannten Methode).

Einzel-Sitzungen à mind. 45 Minuten

Dauer **Total Std.** **Beleg Nr.**

.....

.....

.....

.....

.....

Name, Anschrift, Titel der Psychotherapeutin/des Psychotherapeuten:

.....

.....

Bitte verwenden Sie für jede Psychotherapeutin/jeden Psychotherapeuten einen Bogen.

Gruppen-Sitzungen à mind. 45 Minuten

Dauer **Total Std.** **Beleg Nr.**

.....

.....

.....

.....

.....

Name, Anschrift, Titel der Psychotherapeutin/des Psychotherapeuten:

.....

.....

Bitte verwenden Sie für jede Psychotherapeutin/jeden Psychotherapeuten einen Bogen.

3.3. Supervision

Bei **Einzelsupervision und Gruppensupervision** geben Sie Dauer, Anzahl Stunden (genaue Sitzungsdauer) und die Supervisorinnen oder Supervisoren mit Qualifikation an. Die Supervisionsstunden müssen durch die Supervisorin/den Supervisor bestätigt werden. In der Regel sind dies Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (mit Fachtitel seit mind. 5 Jahren) oder Ärztinnen bzw. Ärzte mit FMH in Psychiatrie und Psychotherapie.

Einzel-Sitzungen à mind. 45 Minuten

Dauer	**Total Std.**	**Beleg Nr.**

Name, Anschrift, Titel der Supervisorin / des Supervisors:

.....

.....

Bitte verwenden Sie für jede Psychotherapeutin/jeden Psychotherapeuten einen Bogen.

Gruppen-Sitzungen à mind. 45 Minuten

Dauer	**Total Std.**	**Beleg Nr.**

Name, Anschrift, Titel der Supervisorin / des Supervisors:

.....

.....

Bitte verwenden Sie für jede Psychotherapeutin/jeden Psychotherapeuten einen Bogen.

3.4. Praxisorientierte und klinische Tätigkeit

Weisen Sie über mindestens 2 Jahre psychotherapeutisches Praktikum zu 100% in psychosozialen Einrichtungen aus, davon 1 Jahr in Einrichtung ambulanter oder stationärer psychotherapeutisch-psychiatrischer Versorgung, in welcher Menschen mit psychischen (seelischen) Krankheiten und Störungen behandelt werden. Nennen Sie die fachliche Qualifikation der Leitung (In der Regel sind dies Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit Fachtitel seit mind. 5 Jahren oder Ärztinnen bzw. Ärzte mit FMH in Psychiatrie und Psychotherapie).

Dauer	Institution und Tätigkeitsfeld	Beschäftigungsgrad in %	Beleg Nr. ...

4. Auszug aus dem Zentralstrafregister

Legen Sie Ihrem Antrag einen aktuellen Auszug aus dem Strafregister bei. Beleg Nr. .....

Ich bestätige, alle Angaben wahrheitsgetreu gemacht zu haben.

Ohne Bezahlung der entsprechenden Gebühr kann Ihr Antrag nicht bearbeiten werden.

Raiffeisenbank Zürich, IBAN CH28 8080 8002 2799 2174 4

Ich bin einverstanden, dass der SBAP. mit meinem Weiterbildungsinstitut sowie mit anderen auswärtigen Fachstellen Kontakt aufnehmen kann, sofern sich betreffend Anerkennung entsprechende fachliche Fragen stellen.

Ort, Datum Unterschrift

....

Die eingereichten Unterlagen werden im Archiv der SBAP. - Geschäftsstelle aufbewahrt.
Im Falle einer Ablehnung werden diese mit dem Bescheid der Fortbildungs- und Qualitätskommission retourniert.