

Sektion Psychoanalytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Antrag auf Zertifizierung als

Psychoanalytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin EFPP Psychoanalytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut EFPP

Wir bitten Sie, den Antragsbogen sorgfältig auszufüllen und die **entsprechenden Belege mit einer Nummer** zu versehen, die jener im Antragsbogen entspricht.

Es versteht sich von selbst, dass ein Beleg jeweils nur für eine Rubrik, also nicht mehrfach, verwendet werden darf. Eine Ausnahme bilden die Belege der Supervisionen, die gleichzeitig Ausbildungsfälle sind.

Konsultieren Sie bitte die Zertifizierungskriterien der EFPP im Sinne einer **Wegleitung!**

Wir bitten Sie, die Formulare und Belege als **einzelne Blätter** einzureichen (**keine Ordner, Bostitchklammern, Mappen, etc.**).

Genügt Ihnen der Platz auf dem Antragsformular nicht, so fügen Sie bitte weitere Blätter an.

Die Kosten des Zertifizierungsverfahrens betragen **CHF 400.- und sind im Voraus zu bezahlen**. Legen Sie bitte beim Einreichen Ihres Gesuches eine **Kopie Ihrer Einzahlung** auf folgendes Konto bei:

Postkonto 40-782769-7

IBAN CH93 0900 0000 4078 2769 7

EFPP Deutsche Schweiz Zertifizierungskommission

Basel

Bei unvollständigen Unterlagen und aufwändigen Nachfragen fallen Zusatzkosten von CHF 200.- an.

Senden Sie bitte Ihre Unterlagen an:

EFPP Deutsche Schweiz

Sekretariat

Alessandra Rivas, FidesMed

Winkelriedplatz 2

4053 Basel

T +41 78 796 44 80

ac@fidesmed.com

Ich beantrage die Zertifizierung als

Psychoanalytische Kinder und Jugendlichenpsychotherapeutin EFPP
Psychoanalytischer Kinder und Jugendlichenpsychotherapeut EFPP

Personalien:

Name	
Vorname	
Titel	
Geburtsdatum	
Adresse privat:	
Strasse, Nummer	
Postleitzahl, Ort	
Telefon	
Mobilfon	
Fax	
e-mail	
Adresse Geschäft/ Praxis/Institution/	
Name	
Strasse, Nummer	
Postfach	
Postleitzahl, Ort	
Telefon	
Mobilfon	
Fax	
e-mail	
web-site	
Korrespondenzadresse	
Beste telefonische Erreichbarkeit, wo und wann	

1. Grundausbildung (Medizin oder Psychologie)

Universitärer Studienabschluss Fach:	Beleg Nr.
Name der Universität:	
Datum des Abschlusses:	
Psychopathologie (für PsychologInnen)	Beleg Nr.
Mitglied der EFPP seit	
Kantonale Praxisbewilligung/en Kanton	Beleg Nr.
Kanton	Beleg Nr.
<ul style="list-style-type: none"> • FMH für Psychiatrie und Psychotherapie • FachpsychologIn für Psychotherapie FSP oder PsychotherapeutIn SPV 	Beleg Nr. Beleg Nr.

2. Selbsterfahrung (min. 400 Sitzungen à 45 Min., mindestens 2h/Woche in psychoanalytischer Psychotherapie oder Psychoanalyse)

Name des Analytikers, Adresse	Anzahl Sitzungen	Datum von – bis	Beleg Nr.
ev. 2. Analytiker, Adresse			

3. Supervision (in psychoanalytischer Psychotherapie)

Es werden minimal 250 Supervisionssitzungen verlangt, 100 davon müssen Einzelsitzungen sein (à mindestens 45 Minuten). 150 Sitzungen können in Kleingruppen (max. 4 Teilnehmer, 90 Min. Dauer) abgehalten werden. Im Laufe der Ausbildung sollte der Supervisor einmal gewechselt werden

3a. Supervision - Einzelsitzungen

Name des Supervisors, Adresse	Anzahl Sitzungen	Datum von – bis	Beleg Nr.
Name des Supervisors, Adresse	Anzahl Sitzungen	Datum von – bis	Beleg Nr.
Name des Supervisors, Adresse	Anzahl Sitzungen	Datum von – bis	Beleg Nr.
Name des Supervisors, Adresse	Anzahl Sitzungen	Datum von – bis	Beleg Nr.

3b. Supervision – Kleingruppen

Name des Supervisors, Adresse	Anzahl Sitzungen	Datum von – bis	Beleg Nr.
Name des Supervisors, Adresse	Anzahl Sitzungen	Datum von – bis	Beleg Nr.
Name des Supervisors, Adresse	Anzahl Sitzungen	Datum von – bis	Beleg Nr.
Name des Supervisors, Adresse	Anzahl Sitzungen	Datum von – bis	Beleg Nr.

3c. Ausbildungsfälle

Verlangt wird die Supervision von mind. 10 abgeschlossenen Therapien mit Kindern verschiedener Altersstufen: Davon mindestens 2 Therapien intensiv (2 Wochenstunden) und 2 längere Therapien (mindestens 90 Stunden). Ferner sollen Erfahrungen in der Elternarbeit vorhanden sein (monatliche Sitzungen). Mindestens 20 Stunden Säuglingsbeobachtung mit der damit verbundenen Auswertung in geleiteten Gruppensitzungen (20 x 1 ½ h).

1. Therapie	Name des Supervisors, Adresse	Supervision	Beleg Nr.
Alter des Kindes:		Supervisionsdauer, von – bis:	
Therapiedauer, von – bis:			
Frequenz:			
Elternarbeit (ja/nein/Frequenz):			
2. Therapie	Name des Supervisors, Adresse	Supervision	Beleg Nr.
Alter des Kindes:		Supervisionsdauer, von – bis:	
Therapiedauer, von – bis:			
Frequenz:			
Elternarbeit (ja/nein/Frequenz):			
3. Therapie	Name des Supervisors, Adresse	Supervision	Beleg Nr.
Alter des Kindes:		Supervisionsdauer, von – bis:	
Therapiedauer, von – bis:			
Frequenz:			
Elternarbeit (ja/nein/Frequenz):			
4. Therapie	Name des Supervisors, Adresse	Supervision	Beleg Nr.
Alter des Kindes:		Supervisionsdauer, von – bis:	
Therapiedauer, von – bis:			
Frequenz:			
Elternarbeit (ja/nein/Frequenz):			

5. Therapie	Name des Supervisors, Adresse	Supervision	Beleg Nr.
Alter des Kindes:		Supervisionsdauer, von – bis:	
Therapiedauer, von – bis:			
Frequenz:			
Elternarbeit (ja/nein/Frequenz):			
6. Therapie	Name des Supervisors, Adresse	Supervision	Beleg Nr.
Alter des Kindes:		Supervisionsdauer, von – bis:	
Therapiedauer, von – bis:			
Frequenz:			
Elternarbeit (ja/nein/Frequenz):			
7. Therapie	Name des Supervisors, Adresse	Supervision	Beleg Nr.
Alter des Kindes:			
Therapiedauer, von – bis:			
Frequenz:			
Elternarbeit (ja/nein/Frequenz):			
8. Therapie	Name des Supervisors, Adresse	Supervision	Beleg Nr.
Alter des Kindes:			
Therapiedauer, von – bis:			
Frequenz:			
Elternarbeit (ja/nein/Frequenz):			

9. Therapie	Name des Supervisors, Adresse	Supervision	Beleg Nr.
Alter des Kindes: Therapiedauer, von – bis Frequenz: Elternarbeit (ja/nein/Frequenz):			
10. Therapie	Name des Supervisors, Adresse	Supervision	Beleg Nr.
Alter des Kindes: Therapiedauer, von – bis Frequenz: Elternarbeit (ja/nein/Frequenz):			
	Name des Supervisors, Adresse	Supervision	Beleg Nr.
Säuglingsbeobachtung ¹ , von – bis:		Supervisionsdauer, von – bis:	

¹ alternativ: klinische Tätigkeit (s. Kriterien für die Zertifizierung)

5. Therapeutische Arbeit im klinischen Bereich

(FMH-Titel oder 2 Jahre als Therapeutin/Therapeut klinisch tätig (davon mindestens 1 Jahr in einer Institution im klinischen Bereich, 1 Jahr in einer Praxis))

Institution, Name und Ort	Funktion / Tätigkeitsfeld	%	von	bis	Dauer JJ/MM	Beleg Nr.

Ort und Datum

Unterschrift