

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  
Rainstrasse 17  
4142 Münchenstein  
T +41 78 796 44 80  
[ac@fidesmed.com](mailto:ac@fidesmed.com)

Ich beantrage die Zertifizierung als

**Psychoanalytische Kinder und Jugendlichenpsychotherapeutin EFPP**  
**Psychoanalytischer Kinder und Jugendlichenpsychotherapeut EFPP**

**Personalien:**

<b>Name</b>	
<b>Vorname</b>	
<b>Titel</b>	
<b>Geburtsdatum</b>	
<b>Adresse privat:</b>	
Strasse, Nummer	
Postleitzahl, Ort	
Telefon	
Mobilfon	
Fax	
e-mail	
<b>Adresse Geschäft/ Praxis/Institution/</b>	
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. Beleg Nr.
Kanton .....	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• FMH für Psychiatrie und Psychotherapie</li> <li>• FachpsychologIn für Psychotherapie FSP oder PsychotherapeutIn SPV</li> </ul>	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 <sup>1</sup> , von – bis:		Supervisionsdauer, von – bis:	

<sup>1</sup> alternativ: klinische Tätigkeit (s. Kriterien für die Zertifizierung)



**4. Theorie und Technik** (400 Stunden in psychoanalytischer Psychotherapie / Psychoanalyse)

Institution, Leitung, Ort	Anzahl Stunden	Beleg Nr.

**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))

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

Ort und Datum

Unterschrift