



**Antrag auf Anerkennung zur Vermittlung von Weiterbildungsinhalten in
Psychoanalyse und/oder Psychotherapie zum Erwerb einer
Zusatzbezeichnung und/oder Facharztbezeichnung
durch Ärzte**

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsname: _____ (wenn abweichend von Approbation Namensänderung beglaubigt beilegen)

geboren am: _____ in: _____

Klinikanschrift: _____

_____ Telefon: _____

Praxisanschrift: _____

_____ Telefon: _____

Privatanschrift: _____

_____ Telefon: _____

E-Mail: _____

Niedergelassen als: _____ seit: _____

z. Zt. tätig in: _____

als: _____ seit: _____

Gemeldet beim Ärztlichen Bezirksverband: _____

☐ Zusatzbezeichnung Psychoanalyse erhalten am _____

☐ Zusatzbezeichnung Psychotherapie erhalten am _____

☐ Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erhalten am _____

☐ Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie erhalten am _____

☐ Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie erhalten am _____

☐ Facharzt für Psychotherapeutische Medizin erhalten am _____

An welchem Psychotherapeutischen Institut oder in welcher Klinik sind Sie als Dozent oder Lehrtherapeut oder Supervisor tätig?

Welchen Weiterbildungsinhalt wollen Sie vermitteln? Bitte Zutreffendes ankreuzen.

Entspannungsverfahren:

- | | |
|---|---|
| ☐ Achtsamkeitstraining | ☐ Autogenes Training |
| ☐ Hypnose | ☐ Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson |

Selbsterfahrung:

- ☐ Einzelanalyse für PA
- ☐ Einzelselbsterfahrung für PT
- ☐ Einzelselbsterfahrung für VT
- ☐ Einzelselbsterfahrung für ST
- ☐ Selbsterfahrungsgruppe für PA
- ☐ Selbsterfahrungsgruppe für PT
- ☐ Selbsterfahrungsgruppe für VT
- ☐ Selbsterfahrungsgruppe für ST

Gruppen:

- ☐ Balintgruppe
- ☐ IFA-Gruppe

Supervision:

- ☐ Supervision einzeln und in der Gruppe von Erwachsenen für PA
- ☐ Supervision einzeln und in der Gruppe von Erwachsenen für PT
- ☐ Supervision einzeln und in der Gruppe von Erwachsenen für VT
- ☐ Supervision einzeln und in der Gruppe von Erwachsenen für ST
- ☐ Supervision einzeln und in der Gruppe von Kindern und Jugendlichen für PA
- ☐ Supervision einzeln und in der Gruppe von Kindern und Jugendlichen für PT
- ☐ Supervision einzeln und in der Gruppe von Kindern und Jugendlichen für VT
- ☐ Supervision einzeln und in der Gruppe von Kindern und Jugendlichen für ST
- ☐ Supervision der Gruppenanalyse für PA
- ☐ Supervision der Gruppentherapie für PT
- ☐ Supervision der Gruppentherapie für VT
- ☐ Supervision der Gruppentherapie für ST

PA = Psychoanalyse, PT = Tiefenpsychologie, VT = Verhaltenstherapie, ST = Systemische Therapie

Die für den Antrag zutreffenden Unterlagen können seit 27.03.2025 in **einfachen Fotokopien** beigelegt werden:

- Beruflicher Werdegang
- Dozententätigkeit
Bescheinigung, ausgestellt vom ärztlichen Leiter des Instituts oder dem Weiterbildungsleiter der Klinik, aus welcher pro Semester ersichtlich wird, welche Themen mit welcher Stundenzahl vor welchem Zuhörerkreis abgehalten wurden.
- Jahresleistungsstatistik über 5 Jahre
Siehe bitte "Richtlinie für die Anerkennung zur Vermittlung von Weiterbildungsinhalten in Psychoanalyse und/oder Psychotherapie zum Erwerb einer Zusatzbezeichnung und/oder Facharztbezeichnung".
- Urkunden
Approbation, Promotion, Facharzt, Zusatzbezeichnung usw., wenn diese noch nicht der Bayerischen Landesärztekammer vorliegen.
- Eigene Weiterbildung nach Erhalt der Zusatzbezeichnung oder dem Facharzt
Zum Beispiel Bescheinigungen über die Teilnahme an Entspannungsverfahren oder Gruppen.
Bescheinigungen über eine Gruppentherapie-Zusatzausbildung.
- Anerkennung durch eine Fachgesellschaft
Zum Beispiel Anerkennung als Balintgruppenleiter der Deutschen Balint-Gesellschaft e. V. oder Anerkennung als Systemischer Therapeut/Familientherapeut einer einschlägigen Gesellschaft.

Bemerkungen:

Hinweis zur Bekanntmachung/Veröffentlichung:

Art. 32 Abs. 2 Heilberufe-Kammergesetz regelt, dass die Landesärztekammer ein Verzeichnis der ermächtigten Ärzte führt, aus dem hervorgeht, in welchem Umfang sie zur Weiterbildung ermächtigt sind. Das Verzeichnis ist bekanntzumachen. Gleiches findet sich in § 5 Abs. 6 der Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns vom 24.04.2004.

Ort: _____ Datum: _____

Stempel des Antragstellers

Unterschrift des Antragstellers: