

Weiterbildungsbuch

Facharzt für Psychiatrie und
Psychotherapie



Bild

Name: Sonja Mustermann

08.11.2001

Inhalt

1.

Weiterbildungszeiten

2.

Theorie-Veranstaltungen

3.

Praktische Ausbildung

4.

Psychotherapie - Supervisionsfälle

5.

Selbsterfahrung

6.

Ausbildung in Neurologie

7.

Weitere Bescheinigungen

1.

Weiterbildungszeiten

Weiterbildungsstätte	Fachgebiet	Zeit

Die Angaben stimmen mit den Originalzeugnissen überein

(Ort, Datum)

(Unterschrift Klinikdirektor/Leitender Oberarzt)

2.

Theorieveranstaltungen

Erläuterungen zum Block

Theorieveranstaltungen

- A 40-stündiges Seminar zu pharmakologischen und anderen somatischen Therapieverfahren
- B 40-stündiges Seminar über Sozialpsychiatrie
- C 100 Stunden theoretische Grundlagen der Psychotherapie
- D 20 Stunden Seminar zur Krisenintervention
- E 10 Stunden Seminar zum psychiatrisch-psychotherapeutischen Konsil- und Liaisonarbeit
- F 15 Stunden Seminar forensische Psychiatrie
- G 10-stündiges Seminar zur methodischen Auswertung standardisiert erhobener Befunde einschließlich deren kritischer Analyse und Bewertung

Integrierte Weiterbildungsveranstaltungen können auf mehrere Themengruppen aufgeteilt werden.

Beispiel:

Datum	Dozent	Thema	Themengruppe	Stundenzahl
11.11.01	Meier	Depressive Störungen	A C	1 Std. 2 Std.

Gesamtstundenzahl

Themen	Stunden
A	
B	
C	
Gesamtstundenzahl	

(Ort, Datum)

(Unterschrift Klinikdirektor/Leitender Oberarzt)

3.

Praktische Ausbildung

Übersicht über die Inhalte der praktischen Ausbildung

- a) Dokumentation von 60 selbständig durchgeführten, supervidierten und dokumentierten Erstuntersuchungen
- b) Dokumentation über die Teilnahme an 60 Fallseminaren einschließlich der Vorstellung von 10 Patienten
- c) Fremdratertraining
- d) Dokumentation von 5 Testuntersuchungen einschließlich neuropsychologischer Untersuchungsmethoden
- e) Dokumentation von 40 abgeschlossenen Therapien einschließlich psycho- und familientherapeutischer Elemente unter kontinuierlicher Supervision, davon jeweils 3 Therapien aus:
 - dem Bereich der Persönlichkeitsstörungen
 - dem Bereich der neurotischen Störungen
 - dem Bereich der schizophrenen Psychosen
 - dem Bereich der affektiven Psychosen
 - dem Bereich der organisch-psychischen Störungen
 - dem Bereich der Suchterkrankungen
- f) Dokumentation über die Teilnahme an einer 2-monatigen Angehörigengruppe unter Supervision
- g) Dokumentation über die Ausbildung in Entspannungsverfahren, d.h. Teilnahme an 2 Kursen in erprobten Entspannungsverfahren von je 8 Doppelstunden
- h) Dokumentation über Balint-Gruppenarbeit, d.h. Teilnahme an einer kontinuierlichen Balint-Gruppe oder einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppe mit interaktionsbezogener Fallarbeit über 35 Doppelstunden
- i) Nachweis über die Erstellung von 15 wissenschaftlich begründeten Gutachten

3. Praktische Ausbildung

b) Fallseminare mit eigener Vorstellung

Datum	Krankheitsbild	Unterschrift Dozent / Supervisor

3. Praktische Ausbildung

c) Fremdratertraining

Bescheinigung über die Teilnahme an einem Fremdratertraining

zum Thema:

am:

(Ort, Datum)

(Stempel und Unterschrift Dozent)

3. Praktische Ausbildung

d) Neuropsychologische Testuntersuchungen

Datum	Patienten- initialen	Diagnose	Eingesetzte Test- verfahren	Unterschrift Supervisor

3. Praktische Ausbildung

f) Angehörigengruppe

**Bescheinigung über die Teilnahme
an einer 2-monatigen Angehörigengruppe
unter Supervision**

(Ort, Datum)

(Stempel und Unterschrift Supervisor)

3. Praktische Ausbildung

g) Entspannungsverfahren

Bescheinigung über die Teilnahme an einem Kurs

in: _____

über 8 Doppelstunden

(Ort, Datum)

(Stempel und Unterschrift Dozent)

Bescheinigung über die Teilnahme an einem Kurs

in: _____

über 8 Doppelstunden

(Ort, Datum)

(Stempel und Unterschrift Dozent)

3. Praktische Ausbildung

- h) **Patientenzentrierte Selbsterfahrung oder
Balint - Gruppenarbeit**

Bescheinigung über die Teilnahme an einer

über 35 Doppelstunden.

(Ort, Datum)

(Stempel und Unterschrift Dozent)

4.

Psychotherapie – Supervisionsfälle

Anforderungen

Erstverfahren Verhaltenstherapie

- Gesamtzahl 120 Std. dokumentierter, abgeschlossener und qualifiziert supervidiertes Einzel- und Gruppenpsychotherapie
- davon: 4 Fälle mit mindestens 10 Stunden,
1 Fall mit mindestens 40 Stunden.

Erstverfahren Tiefenpsychologie

- Gesamtzahl 120 Std. dokumentierter, abgeschlossener und qualifiziert supervidiertes Einzel- und Gruppenpsychotherapie
- davon: 2 Fälle mit 20 Stunden,
1 Fall mit 40 Stunden.

Zweitverfahren

Fallseminar von 50 Doppelstunden oder Kotherapie in Einzel- oder Gruppentherapie von 80 Stunden.

Supervisionsbescheinigung

Supervisand/in:

Supervisor/in:

Die Behandlung bezog sich auf den
Behandlungsfall (Initialen, Geb.-Datum):

Diagnose (ICD 10):

Alter des/der Patient/in:

Geschlecht des/der Patient/in:

Behandlungs-
zeitraum:

Von (Monat/Jahr)

19

Bis (Monat/Jahr)

19

Anzahl der
Therapiesitzungen:

Setting der
Therapiesitzungen:

Behandlungsverfahren:

ambulant

Verhaltenstherapie

stationär

Tiefenpsychologie

Anzahl der Super-
visionssitzungen:

Sonstige Anmerkungen:

Über den Fall liegt eine Dokumentation vor:

Ja

Nein

Die Supervision des Ausbildungsfalles erfolgte durch:

Unterschrift Supervisor

4.**Bescheinigung über folgende Leistung im
psychotherapeutischen Zweitverfahren:****Bescheinigung über die Teilnahme an einem Fallseminar
von 50 Doppelstunden im Zweitverfahren:** Tiefenpsychologie Verhaltenstherapie

(Ort, Datum)

(Stempel und Unterschrift Supervisor)

**Bescheinigung über Kotherapie in Einzel-, Gruppentherapie
von 80 Stunden in folgendem Verfahren:** Tiefenpsychologie Verhaltenstherapie

(Ort, Datum)

(Stempel und Unterschrift Supervisor)

5.

Selbsterfahrung

5. Selbsterfahrung

Bescheinigung über die Absolvierung

von _____ Stunden

Selbsterfahrung in Gruppen

(Ort, Datum)

(Unterschrift Lehrtherapeut)

Bescheinigung über die Absolvierung

von _____ Stunden

Einzel-Selbsterfahrung

(Ort, Datum)

(Unterschrift Lehrtherapeut)

6.

Ausbildung in Neurologie

6. Ausbildung in Neurologie

Elektroencephalographie

Hiermit wird bestätigt, daß eine Indikationsstellung und Bewertung der Elektroencephalographie bei 150 Patienten erfolgt ist.

(Ort, Datum)

(Stempel und Unterschrift
EEG-Beauftragter / Oberarzt)

6. Ausbildung in Neurologie

Liquorpunktionen

Nachweis von Lumbalpunktionen

Datum	Patienten- initialen	Krankheits- bild	Unterschrift Oberarzt

7.

Weitere Bescheinigungen
