

## Anmeldung zum modularen (individuellen) Weiterbildungscurriculum Psychotherapie der FSP

### Vorbemerkungen

Die individuelle psychotherapeutische Weiterbildung der FSP ist per 1.4.2013 vom Bund **provisorisch akkreditiert** worden und wird seither von der FSP als „Modulares (individuelles) Weiterbildungscurriculum Psychotherapie“ geführt. Die damit einher gehenden Neuerungen betreffen v.a. den organisatorischen Rahmen. Die inhaltlichen Anforderungen haben sich nicht geändert. Das neue Curriculum finden Sie auf der FSP-Webseite unter [http://www.psychologie.ch/de/aus\\_weiter\\_fortbildung/weiterbildung\\_br\\_fachtitel/weiterbildung.html](http://www.psychologie.ch/de/aus_weiter_fortbildung/weiterbildung_br_fachtitel/weiterbildung.html)

Neu wird jedoch von allen (bisherigen und zukünftigen) Weiterbildungsstudierenden eine **Anmeldung** verlangt. Zu diesem Zweck füllen Sie bitte das hier vorliegende Formular aus und senden dieses an die auf der letzten Seite angegebene Adresse.

\* \* \*

### Personalien und Korrespondenzadresse

Name

Vorname

Strasse

PLZ/Ort

Telefon P.: \_\_\_\_\_ Telefon G.: \_\_\_\_\_

E-Mail P.: \_\_\_\_\_ E-Mail G.: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Gewünschte Korrespondenzsprache:  
 deutsch  französisch

Aktuelle berufliche Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Ich bin FSP-Mitglied

- ja  
 nein

### Hochschulausbildung und psychopathologische Grundkenntnisse

- (a)** Ich besitze einen schweizerischen Hochschulabschluss in Psychologie (Lizentiat/Master)

Hochschule \_\_\_\_\_

Bezeichnung \_\_\_\_\_ Abschlussdatum: \_\_\_\_\_

- (b)** Ich besitze einen ausländischen Hochschulabschluss in Psychologie (Lizentiat/Master)

Hochschule \_\_\_\_\_

Bezeichnung \_\_\_\_\_ Abschlussdatum: \_\_\_\_\_

- zu (b)**: Ich besitze bereits eine Gleichwertigkeits-Anerkennung der Psychologieberufekommission des Bundes (PsyKo) vom \_\_\_\_\_ (Datum)  
→ **bitte eine Kopie beilegen**

*Falls nein: Bitte beachten, dass Nichtmitglieder der FSP spätestens beim definitiven Titelantrag eine entsprechende PsyKo-Anerkennung vorweisen müssen.*

- (c)** Psychopathologie: Ich erfülle bereits die geforderten Grundkenntnisse: Ja / nein;  
(zutreffendes bitte unterstreichen);

Falls ja :

- Hochschulabschluss mit Nebenfach PsyPath oder Schwerpunkt Klinische Psychologie; oder  
 Besuch einer ausreichenden Anzahl von Veranstaltungen

*falls nein: Bitte Tabelle in Kap. 2.6 ausfüllen*

Ort und Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

**Wichtiger Hinweis zu Ihren Weiterbildungs-Angaben auf den folgenden Seiten**

*Diese Angaben dienen der allgemeinen Information über den Stand und den geplanten weiteren Verlauf Ihrer Weiterbildung. Durch die Einsendung dieser Angaben entsteht noch kein Rechtsanspruch bezüglich einer zukünftigen Anerkennung im Rahmen eines späteren Fachtitel-Antrages.*

*Wenn Sie präzisere Auskünfte betreffend die Anerkennung oder Nicht-Anerkennung einzelner Weiterbildungsteile erhalten möchten, können Sie von der FSP gegen Gebühr (siehe Kap. 14 des Curriculums) eine **Zwischenevaluierung** verlangen.*

## Derzeitiger Stand / approx. Plan der Weiterbildung

### 1. Vorgesehene Dauer

Beginn der Weiterbildung \_\_\_\_\_(Jahr)

Vorgesehener Abschluss der Weiterbildung \_\_\_\_\_(Jahr)

### 2. Abgeschlossene bzw. vorgesehene Weiterbildungs-Module

*Bitte füllen Sie in den nachfolgenden Tabellen aus, welche Weiterbildungsmodule Sie bereits erbracht haben bzw. welche noch geplant sind (approximative Planungsangaben sind ausreichend). Falls Sie zwei Therapierichtungen kombinieren wollen, vermerken Sie dies bitte deutlich in der Spalte „Therapierichtungen“. Beachten Sie hierzu auch die im „Modularen (individuellen) Weiterbildungscurriculum der FSP in Psychotherapie“ ausführlich erläuterten Anforderungen.*

#### 2.1 Wissen und Können

Weiterbildungs-Institut	Therapierichtungen	abgeschlos- sen (Jahr)	geplant (Jahre)	approx. Anzahl Stunden

#### 2.2 Psychotherapeutische Selbsterfahrung

Name, Vorname des/der PsychotherapeutIn (Therapierichtung)	einzel n / Gruppe	abgeschlos- sen(Jahr)	geplant (Jahre)	approx. Anzahl Stunden

**2.3 Supervision**

Name, Vorname des/der PsychotherapeutIn (Therapierichtung)	einzel/ Gruppe	abgeschlos- sen (Jahr)	geplant (Jahre)	approx. Anzahl Stunden

**2.4 Eigene psychotherapeutische Tätigkeit**

Art / Störung (unter der fachlichen Leitung von ....)	abgeschl. Fälle (Therapierichtung)	laufende Fälle	geplant	approx. Anzahl Stunden

**2.5 Klinische Praxis**

Institution	Welche Funktionen haben Sie als PsychologIn ausgeübt bzw. sind geplant?	Beschäftigungsgrad	abgeschlossen (Jahr)	geplant

**2.6 Ergänzung der psychopathologischen Grundkenntnisse**

Besuchte Veranstaltungen / Thema	Lehrveranstaltungsstunden (oder ECTS)	abgeschlossen	geplant

**2.7 Weitere Angaben oder Bemerkungen:**

*(z.B. zu einer geplanten zweiten Therapierichtung und/oder zusätzlichen Therapiemethoden /-techniken)*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und sind nur den zuständigen Verantwortlichen der FSP Geschäftsstelle sowie den Mitgliedern der Titelkommission zugänglich.

**Einsendeadresse:**

FSP  
Sekretariat TK  
Choisystr. 11  
3008 Bern

E-Mail: [qualifikationen@fsp.psychologie.ch](mailto:qualifikationen@fsp.psychologie.ch)