****

[ ]  **Antrag auf Erteilung der Weiterbildungsbefugnis für die praktische Weiterbildung im Bereich Klinische Neuropsychologie**

[ ]  **Antrag auf Zulassung als Weiterbildungsstätte für die praktische Weiterbildung im Bereich Klinische Neuropsychologie**

[ ]  **Ich beantrage die Befugnis für die praktische Weiterbildung im Bereich Klinische Neuropsychologie**

**I. Antragsteller**

Name, Vorname Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Mitgliedsnummer der PKN Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Geburtsdatum Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Zusatzbezeichnung Klinische Neuropsychologie seit Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.

Folgende Nachweise füge ich bei:

[ ]  Nachweis der Berechtigung zur Führung der Zusatzbezeichnung „Klinische Neuropsychologie“ (Kammerzertifikat)

[ ]  Nachweise über mind. 5-Jährige Tätigkeit im Bereich der Klinischen Neuropsychologie

[ ]  Qualifikationsnachweise für fachliche Eignung (z.B. Aus- und Weiterbildungsbefugnisse durch Fachgesellschaften, Leitungserfahrung etc.)

Ich bin an der an der unter II genannten Einrichtung seitKlicken Sie hier, um ein Datum einzugeben. tätig.

**II. Weiterbildungsstätte**

**1. Name und Anschrift der Weiterbildungsstätte**

 Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Bitte fügen Sie als **Anlage** das gegliederte und curricular aufgebaute Weiterbildungsprogramm für die praktische Weiterbildung der Einrichtung bei.

[ ]  Diese Einrichtung ist bereits von der PKN als Weiterbildungsstätte für die praktische Weiterbildung zugelassen. weiter bei 7

[ ]  **Ich beantrage hiermit die Zulassung dieser Einrichtung als Weiterbildungsstätte für die praktische Weiterbildung.**

 Weiter bei 2

**2. Art der Einrichtung**

[ ] stationäre Einrichtung der Akutversorgung

[ ] nach § 6 PsychThG anerkannte Ausbildungsstätte

[ ] Einrichtung der Hochschule

[ ] Abteilung eines Krankenhauses

[ ] stationäre Rehabilitationseinrichtung

[ ] teilstationäre Rehabilitationseinrichtung

[ ] ambulante Rehabilitationseinrichtung

[ ] Tagesklinik

[ ] Neuropsychologische Praxis

[ ] durch Fachgesellschaft anerkannte Weiterbildungsinstitution für Klinische Neuropsychologie[[1]](#footnote-1)

[ ] Sonstige

**3. Patientenversorgung (Abschnitt B Ziffer 8.1 WBO-PKN) im Bereich Klinische Neuropsychologie**

**Hinweis:** Der Indikationskatalog der Einrichtung sollte ein weites Spektrum von Erkrankungen und Verletzungen erfassen, die Hirnfunktionsstörungen zur Folge haben können und sie muss in der Regel einen großen Teil der entsprechenden Patientengruppen behandeln.

3.1 Bitte beschreiben Sie Ihr Klientel nach

* Art und Häufigkeit neurologischer Erkrankungen (Diagnosegruppen/-statistik)
* Zahl der Behandlungsplätze
* Altersspektrum der Patienten
* Verweildauer

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

3.2 Bitte beschreiben Sie das neuropsycholgische Therapieangebot und die Diagnostik neuropsychologischer Störungsbereiche entsprechend Abschnitt B Ziffer 5 WBO-PKN in Ihrer Einrichtung

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**4. Kooperation mit anderen Einrichtungen**

Falls Sie auf therapeutischer oder diagnostischer Ebene mit anderen (stationären/teilstationären/ambulanten) Einrichtungen zusammenarbeiten, skizzieren Sie bitte die Art der Kooperation unter Berücksichtigung folgender Gesichtspunkte

* Name und Anschrift der Einrichtung
* Art der Einrichtung
* Diagnose- und Therapiespektrum der Einrichtung
* Form und Inhalte der Kooperation

Bitte fügen Sie ggf. bestehende Verbundverträge im Bereich Weiterbildung (Abschnitt B Ziffer 8.1 Nr. 4 WBO-PKN) bei.

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**5. Struktur und personelle Ausstattung der Einrichtung (Abschnitt B Ziffer 8.1 WBO-PKN**

**5. 1 Organisatorische Einheit (z.B. Abteilung, Bereich) „Klinische Neuropsychologie“**.

[ ] Die Einrichtung verfügt über eineorganisatorische Einheit (z.B. Abteilung, Bereich) „Klinische Neuropsychologie“, in der ein Psychotherapeut mit Berechtigung zur Führung der Zusatzbezeichnung „Klinische Neuropsychologie“ die Leitung der Weiterbildung innehat.

Bitte machen Sie folgende Angaben

* Anzahl der in der neuropsychologischen Abteilung tätigen Neuropsychologen (bei Einschlägigkeit mit Angabe der Zusatzqualifikation wie z.B. „Klinische Neuropsychologie“ und Angabe der Leitungsfunktion für die Weiterbildung)
* Dauer der klinisch –neuropsychologischen Berufserfahrung der Neuropsychologen
* Vollzeit/Teilzeit der neuropsychologischen Mitarbeiter
* Art und Anzahl sonstiger Mitarbeiter (z.B. Ergotherapeuten)
* Art, Häufigkeit und Dauer der Supervision unter wessen Leitung

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**5.2 Weitere Abteilungen/Bereiche**

Sind in der Einrichtung neben der neuropsychologischen Abteilung auch folgende Abteilungen/Bereiche vertreten?

[ ]  Krankengymnastik/Physiotherapie mit Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Planstellen

[ ]  Ergotherapie mit Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Planstellen

[ ]  Neurolinguistik/Sprachtherapie mit Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Planstellen

[ ]  Sozialdienst mit Klicken Sie hier, um Text einzugeben.Planstellen

[ ]  Medizin mit Klicken Sie hier, um Text einzugeben.Planstellen für Ärzte und Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Planstellen für Pflegepersonal

Bitte beschreiben Sie die interdisziplinäre Zusammenarbeit der unter 5.1 und 5.2 genannten Abteilungen/Bereiche in der Einrichtung unter Berücksichtigung folgender Gesichtspunkte

* Wie erfolgen der Informationsaustausch und die inhaltliche Abstimmung des Behandlungskonzepts?
* Welche Patientenunterlagen stehen den Neuropsychologen zur Verfügung?

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**5.3 Personelle Ausstattung der Weiterbildungsstellen für Klinische Neuropsychologie**

Bitte erläutern Sie die geplante Ausgestaltung der Weiterbildungsstellen unter Berücksichtigung folgender Gesichtspunkte

* Anzahl der Weiterbildungsstellen
* Wochenarbeitszeit
* Vertragslaufzeit
* Höhe der Vergütung
* fachliche Betreuung der Weiterzubildenden
* Supervision der Weiterzubildenden
* Berufsbegleitende Fortbildung der an der Weiterbildung mitwirkenden Klinischen Neuropsychologen
* Möglichkeit zur Teilnahme an externen Weiterbildungsveranstaltungen
* Möglichkeit zur Teilnahme an hausinternen Weiterbildungsveranstaltungen

Bitte geben Sie an, wie die Weiterbildungseinrichtung ihr Weiterbildungsangebot evaluiert.

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**5.4 Technische und räumliche Ausstattung der Einrichtung**

Bitte beschreiben Sie die technische und räumliche Ausstattung der neuropsychologischen Abteilung der Weiterbildungsstätte, auch unter Angabe der

* Anzahl der Einzel- und der Gruppenbehandlungsräume
* Anzahl (Zusätzlicher) Büroräume
* Anzahl sonstiger diagnostisch-therapeutischer Räume

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**6. Hinweis**

Kliniken mit Schwerpunkt oder Beschränkung auf eine bestimmte neurologische Erkrankung (z.B: MS-Kliniken) können bei Nachweis der übrigen Kriterien eine eingeschränkte Anerkennung für maximal 12 Monate des Weiterbildungsteils Klinische Tätigkeit erhalten, wenn ein weiterer Teil der klinischen Tätigkeit in einer stationären Einrichtung mit umfassenderem Diagnosespektrum abgeleistet wird. Ansonsten können dem Weiterbildungsteilnehmer lediglich sechs Monate angerechnet werden.

Ambulanzen oder Praxen niedergelassener Klinischer Neuropsychologen können eine eingeschränkte Anerkennung für maximal 12 Monate des Weiterbildungsteils Klinische Tätigkeit erhalten.

**7. Erklärung zu den Weiterbildungsstellen**

***Jede der Weiterbildungsstellen wird nur befristet für Zwecke der Weiterbildung besetzt. Die fachliche Betreuung der Weiterzubildenden, die Fallsupervision und einen hausinterne Weiterbildung im Sinne des als Anlage beigefügten Weiterbildungscurriculums (****gegliedert und curricular aufgebaut****) sind sichergestellt. Die Weiterzubildenden erhalten ausreichend Möglichkeit zur Teilnahme an externen Weiterbildungsveranstaltungen.***

***Ich verpflichte mich, Veränderungen in Struktur und Größe der Einrichtung unverzüglich der Psychotherapeutenkammer Niedersachsen anzuzeigen.***

***Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die für das Verzeichnis der zur Weiterbildung Befugten und das Verzeichnis der Weiterbildungsstätten notwendigen Daten veröffentlicht werden.***

***Ich versichere, dass die im Antrag gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen.***

Ort, Datum Unterschrift des Antragstellers

1. Bitte fügen Sie den Nachweis über die Anerkennung der Fachgesellschaft bei [↑](#footnote-ref-1)