

## Antrag auf Anerkennung als psychoanalytische/r Psychotherapeut/in für Erwachsene EFPP

---

Wir bitten Sie, den Antragsbogen sorgfältig auszufüllen und die **entsprechenden Belege mit einer Nummer** zu versehen, **identisch mit jener im Antragsbogen**.

Es versteht sich von selbst, dass ein Beleg jeweils nur für eine Rubrik, also nicht mehrfach, verwendet werden darf. **(Ausnahme: Die Belege der Supervisionen können auch gleichzeitig Belege der Ausbildungsfälle sein.)**

**Konsultieren Sie** bitte die Ausbildungsrichtlinien der EFPP im Sinne einer **Wegleitung!**

Wir bitten Sie ausserdem, die Formulare und Belege als **einzelne Blätter** einzureichen. **(Keine Ordner, Bostichklammern, Mappen, etc.)**

Genügt Ihnen der Platz auf dem Antragsformular nicht, so fügen Sie bitte weitere Blätter an, die Sie selbst kopieren können.

Die Kosten des Anerkennungsverfahrens sind **Fr. 400.- und im Voraus zu bezahlen**. Legen Sie bitte beim Einreichen Ihres Gesuches eine **Kopie Ihrer Einzahlung** auf das Konto der EFPP Sektion Erwachsene / Deutsche Schweiz Ausbildungskommission bei (PC 40-782769-7).

Bei unvollständigen Unterlagen und aufwändigen Nachfragen fallen Zusatzkosten von Fr. 200.- an.

Senden Sie bitte Ihre Unterlagen an das Sekretariat der EFPP Deutsche Schweiz:

**FidesMed**  
**Alessandra Carlino**  
**Gellertstrasse 137**  
**4052 Basel**

Ich beantrage die Anerkennung als  
**Psychoanalytische Psychotherapeutin für Erwachsene EFPP**  
**Psychoanalytischer Psychotherapeut für Erwachsene 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.
Kanton .....	Beleg Nr.
<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. 450 Sitzungen à 45 Min., 3/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 300 Supervisionssitzungen verlangt, 200 davon müssen Einzelsitzungen sein. 100 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. 4 abgeschlossenen Therapien: Zwei lange (mehr als 100 Stunden) und zwei kurze (unter 30 Stunden). Kurze Therapien können auch in einer Kleingruppe (max. 4 Teilnehmer) supervidiert werden.

Lange Therapie	Name des Supervisors, Adresse	Supervision	Beleg Nr.
Therapiedauer, von – bis:		Supervisionsdauer, von – bis:	
Lange Therapie	Name des Supervisors, Adresse	Supervision	Beleg Nr.
Therapiedauer, von – bis:		Supervisionsdauer, von – bis:	
Kurze Therapie	Name des Supervisors, Adresse	Supervision	Beleg Nr.
Therapiedauer, von – bis:		Supervisionsdauer, von – bis:	
kurze Therapie	Name des Supervisors, Adresse	Supervision	Beleg Nr.
Therapiedauer, von – bis:		Supervisionsdauer, von – bis:	



**5. Praktisch-therapeutische Arbeit in psychiatrischen Institutionen**

(FMH-Titel oder 1 Jahr in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Institution als Therapeut)

<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