

## Antrag auf Anerkennung der Weiterbildung „Systemische Therapie und Beratung“

nach den Rahmenrichtlinien der Systemischen Gesellschaft e.V. vom 13. November 1999

### I. Koordinaten

Vorname Name \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Adresse, PLZ, Ort \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Berufsabschluss \_\_\_\_\_ aktuelle Tätigkeit \_\_\_\_\_

Weiterbildungsinstitut \_\_\_\_\_ Ansprechpartner im Institut \_\_\_\_\_

### II. Nachweise / Bescheinigungen

Dem/r unterzeichnenden Lehrtherapeuten/in lagen am \_\_\_\_\_ die nachfolgenden Bescheinigungen vor, die nach den Rahmenrichtlinien der Systemischen Gesellschaft Bestandteile der Weiterbildung in Systemischer Supervision sind:

1. Studienabschluss als: \_\_\_\_\_
2. a 300 Stunden Theorie
2. b 200 Stunden Therapie / Beratung im Arbeitsfeld \_\_\_\_\_  
 davon 4 abgeschlossene, dokumentierte Fälle  
 150 Stunden Supervision
2. c 150 Stunden Selbsterfahrung
2. d 100 dokumentierte Stunden Eigenarbeitszeit in Studiengruppen
3. Dauer der Weiterbildung  
von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_  
davon am Institut: \_\_\_\_\_ extern: \_\_\_\_\_
4. Zertifizierung (Qualitätsnachweis) durch Mitgliedsinstitut am: \_\_\_\_\_
5. Kopie der Abschlussbescheinigung bzw. des Zertifikates des Mitgliedsinstitutes ist diesem Antrag beigelegt.

### III. Kosten

- Die Bearbeitungsgebühr über 150,- € wurde am \_\_\_\_\_ auf das Konto der Systemischen Gesellschaft, Kto.-Nr. 711 54 54, BLZ 100 700 24, Deutsche Bank 24 Berlin, überwiesen. (Für Auslandsüberweisungen: BIC = DEUTDEDBBER, IBAN = DE31 1007 0024 0711 5454 00). Geben Sie als „Verwendungszweck“ bitte Ihren Namen, den Kurznamen des Weiterbildungsinstitutes und „ST“ an.  
Mit der Zertifizierungsgebühr wird nicht die Urkunde bezahlt, sondern die umfangreiche Bearbeitung und Prüfung des Antrags. Bei einer endgültigen Ablehnung der Zertifizierung wird der Betrag nicht zurück erstattet.

### IV. Unterschriften

Antrag vom \_\_\_\_\_

Bestätigt am \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller/in

\_\_\_\_\_  
durch \_\_\_\_\_  
Lehrtherapeut/in und Stempel Institut

---

### Bestätigung durch das Zertifizierungsgremium:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum