

Schweizerische  
Gesellschaft für  
Personzentrierte  
Psychotherapie und  
Beratung

**SGGT**

Société Suisse  
pour l'approche et la  
psychothérapie centrées  
sur la personne

**SPCP**

Società Svizzera  
per l'approccio e la  
psicoterapia centrata  
sulla persona

**SPCP**

## Antrag für den Fachtitel „Fachpsychologin für Psychotherapie FSP/ Fachpsychologe für Psychotherapie FSP“

Dieses Antragsformular basiert auf den Richtlinien über die Verleihung von Fachtiteln FSP.

Wir bitten Sie, den Antragsbogen vollständig auszufüllen. Alle Angaben des Fragebogens müssen belegt werden (Beilagen zum Gesuch). Bezeichnen Sie bitte die einzelnen Belege mit einer Nummer, und geben Sie diese auch an der entsprechenden Stelle im Fragebogen an (Beleg Nr.:).

Die Anerkennungskommission der SGGT entscheidet allein aufgrund der eingereichten Belege. In den Bereichen Selbsterfahrung und Supervision muss unter anderem die Qualifikation des Therapeuten, der Therapeutin (Titel, Therapierichtung) ersichtlich sein. Nähere Informationen zu den Anforderungen der Belege sind auf der FSP-Homepage nachzulesen ([www.psychologie.ch](http://www.psychologie.ch) - Weiterbildung/Fachtitel – Anforderungen an eine individuelle Psychotherapie-Weiterbildung).

Für die Bearbeitung des Fachtitelantrags wird eine einmalige Gebühr von Fr. 680.- erhoben. Davon überweist die SGGT Fr. 280.- an die FSP (Bearbeitungsgebühren, einmaliges Ausstellen des Original-Zertifikates).

**Bitte reichen Sie Ihr Gesuch in 3 Exemplaren ein (bitte keine Ordner, keine Plastikmappen, nicht gebunden etc.). Besten Dank!**

### Privatadresse

|                |  |         |  |
|----------------|--|---------|--|
| Name*          |  | Strasse |  |
| Vorname*       |  | PLZ/Ort |  |
| Geburtsdatum   |  | Telefon |  |
| Heimatort/Land |  | Fax     |  |
|                |  | E-Mail  |  |

\* der hier angegebene Namen und Vornamen wird auf dem FSP-Zertifikat stehen

### Praxis-/Geschäftsadresse

|                    |  |         |  |
|--------------------|--|---------|--|
| Praxis/Arbeitgeber |  |         |  |
| Funktion           |  | Telefon |  |
| Strasse            |  | Fax     |  |
| PLZ/Ort            |  | E-Mail  |  |

Gewünschte Sprache für das Fachtitel-Zertifikat:  deutsch  französisch  italienisch

Schicken Sie mir einen Einzahlungsschein für den Betrag von Fr. 680.-.  
Sobald der Betrag einbezahlt ist, wird der Antrag durch die Anerkennungskommission behandelt.

Ich beantrage den Fachtitel „Fachpsychologin für Psychotherapie FSP/Fachpsychologe für Psychotherapie FSP“ und bestätige hiermit, alle Angaben wahrheitsgemäss ausgefüllt zu haben.

Ort und Datum: .....

Unterschrift: .....

Ich bin Mitglied der FSP (aktuelle schriftliche Bestätigung) (Beleg Nr. \_\_\_\_)

### 1. Universitäre Ausbildung

Datum des Universitätsabschlusses in Psychologie (Lizentiat/Master): \_\_\_\_ (Beleg Nr. \_\_\_\_)

#### Psychopathologie (min. 8 Semesterwochenstunden innerhalb 2 Semester)

ich habe einen Universitätsabschluss mit Nebenfach Psychopathologie (Beleg Nr. \_\_\_\_),

wenn nicht

ich habe folgende Psychopathologie-Veranstaltungen besucht:

| Thema, Referentin | von ...<br>bis ... | Semester-<br>wochenstunden | Beleg<br>Nr. |
|-------------------|--------------------|----------------------------|--------------|
|                   |                    |                            |              |
|                   |                    |                            |              |
|                   |                    |                            |              |
|                   |                    |                            |              |
|                   |                    |                            |              |
|                   |                    |                            |              |
|                   |                    |                            |              |
|                   |                    |                            |              |
|                   |                    |                            |              |
|                   |                    |                            |              |
|                   |                    |                            |              |

### 2. Klinische Praxis (1 Jahr bei einem Beschäftigungsgrad von 100%)

| Institution | Funktion als Psychologe | Beschäfti-<br>gungsgrad | von ...<br>bis ... | in<br>Monaten | Beleg<br>Nr. |
|-------------|-------------------------|-------------------------|--------------------|---------------|--------------|
|             |                         |                         |                    |               |              |
|             |                         |                         |                    |               |              |
|             |                         |                         |                    |               |              |
|             |                         |                         |                    |               |              |
|             |                         |                         |                    |               |              |
|             |                         |                         |                    |               |              |

### 3. Weiterbildung

#### 3.1. Übersicht abgeschlossene SGGT-Weiterbildung

| von ... bis ... | Abschluss-Zertifikat am ... | Beleg Nr. |
|-----------------|-----------------------------|-----------|
|                 |                             |           |

#### 3.2. Übersicht Weiterbildungsphase I – min. 488 Lektionen (die WB-Phase I findet in einer konstanten Gruppe statt)

| Beginn | Ende | Beleg Nr. |
|--------|------|-----------|
|        |      |           |

#### Selbsterfahrung – min. 100 Lektionen (in der Weiterbildungsgruppe)

| Name, Vorname, Titel des/der Psychotherapeut/innen | von ... bis ... | Stunden total | Beleg Nr. |
|--|-----------------|---------------|-----------|
|  |                 |               |           |

#### Basistraining

| Name, Vorname, Titel des/der Ausbilder/innen | von ... bis ... | Stunden total | Beleg Nr. |
|--|-----------------|---------------|-----------|
|  |                 |               |           |
|  | Richtlinien:    |               |           |
|  | Gruppentreffen  | 8 L           |           |
|  | Theorie         | 90 L          |           |
|  | Training        | 90 L          |           |
| Supervision                                  | 100 L           |               |           |

#### Eigene therapeutische Tätigkeit – min. 100 Lektionen

| Name, Vorname, Titel des/der Supervisor/in | von ... bis ... | abgeschl. Fälle | Stunden total | Beleg Nr. |
|--|-----------------|-----------------|---------------|-----------|
|  |                 |                 |               |           |
|  |                 |                 |               |           |
|  |                 |                 |               |           |
|  |                 |                 |               |           |
|  |                 |                 |               |           |
|  |                 |                 |               |           |
|  |                 |                 |               |           |
|  |                 |                 |               |           |
|  |                 |                 |               |           |
|  |                 |                 |               |           |
| <b>Total</b>                               |                 |                 |               |           |



**Selbsterfahrung – min. 120 Lektionen (davon mind. 100 Lektionen im Einzelsetting)**

| Name, Vorname, Titel des/der Psychotherapeut/in | von ... bis ... | Einzel/<br>Gruppe | Stunden<br>total | Beleg<br>Nr. |
|---|-----------------|-------------------|------------------|--------------|
|   |                 |                   |                  |              |
|   |                 |                   |                  |              |
|   |                 |                   |                  |              |
|   |                 |                   |                  |              |
|   |                 |                   |                  |              |
| <b>Total</b>                                    |                 |                   |                  |              |

im Curriculum anerkannte, SGGT-externe Selbsterfahrung/maximal 50 Lektionen

| Name, Vorname, Titel des/der Psychotherapeut/in | von ... bis ... | Einzel/<br>Gruppe | Stunden<br>total | Beleg<br>Nr. |
|---|-----------------|-------------------|------------------|--------------|
|   |                 |                   |                  |              |
|   |                 |                   |                  |              |

**Supervision – min. 180 Lektionen (davon min. 100 Lektionen in Kleingruppen zu max. 4 Personen)**

SGGT-interne Supervisionen

| Name, Vorname, Titel des/der Psychotherapeut/in | von ... bis ... | Einzel/<br>Gruppe | Stunden<br>total | Beleg<br>Nr. |
|---|-----------------|-------------------|------------------|--------------|
|   |                 |                   |                  |              |
|   |                 |                   |                  |              |
|   |                 |                   |                  |              |
|   |                 |                   |                  |              |
|   |                 |                   |                  |              |
|   |                 |                   |                  |              |
| <b>Total</b>                                    |                 |                   |                  |              |

im Curriculum anerkannte, SGGT-externe Supervisionen/maximal 60 Lektionen

| Name, Vorname, Titel des/der Psychotherapeut/in | von ... bis ... | Einzel/<br>Gruppe | Stunden<br>total | Beleg<br>Nr. |
|---|-----------------|-------------------|------------------|--------------|
|   |                 |                   |                  |              |
|   |                 |                   |                  |              |

**Eigene therapeutische Tätigkeit – min. 300 Lektionen**

| bestätigt von (Supervisor/in)<br>Name, Vorname, Titel des/der Supervisor/in | von ... bis ... | abgeschl.<br>Fälle | Stunden<br>total | Beleg<br>Nr. |
|---|-----------------|--------------------|------------------|--------------|
|   |                 |                    |                  |              |
|   |                 |                    |                  |              |
|   |                 |                    |                  |              |
|   |                 |                    |                  |              |
|   |                 |                    |                  |              |
|   |                 |                    |                  |              |
| <b>Total</b>  |                 |                    |                  |              |

**Weitere Angaben /Bemerkungen:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Einreichen des Antrages:**

Zertifizierte bis Weiterbildungsrichtlinien 1997: an Zertifikats- und Fachtitelkommission FSP

Zertifizierte ab Weiterbildungsrichtlinien 1998: an Anerkennungskommission der SGGT

Die Sitzungsdaten der zwei Kommissionen sind auf den Homepages veröffentlicht.