



ANTRAG AUF ANERKENNUNG

einer Balintgruppe/Supervision/Intervision/IFA-Gruppe im Rahmen
des Fortbildungszertifikates der Ärztekammer Schleswig-Holstein
(bei kontinuierlich stattfindenden Gruppen bitte jährlich erneut beantragen)

Ärztekammer Schleswig-Holstein
Ärztliche Fortbildung
Esmarchstraße 4
23795 Bad Segeberg

Telefon 04551 803 756
fortbildung@aeksh.de

Veranstalter:		
Versandanschrift:		
Ansprechpartner:		
E-Mail-Adresse:		
Veranstaltungsthema:	☐	Balintgruppe
	☐	Supervision
	☐	Intervision
	☐	IFA-Gruppe (Interaktionelle Fallarbeit)
Leiter/in:		
Termin/Zeitraum/Uhrzeit:		
Ort (genaue Anschrift):		
Teilnehmerzahl/Teilnehmerkreis:		

Liegt bereits die Anerkennung einer Landesärztekammer oder
Psychotherapeutenkammer vor?

☐ Ja

welche?:

☐ nein

Punktzahl:

**Für die Anerkennung einer Selbsterfahrungsgruppe/Supervision o. ä. wird eine Gebühr in Höhe von
50,00 € pro Jahr erhoben.**

Rechnungsanschrift:

Ort/Datum

Unterschrift/Stempel