

ANTRAG für das Zertifikat „EMDR-TherapeutIn“

Name/Vorname:

Praxis-Adresse:

Tel.: Fax:

E-Mail:

Sprachen: Deutsch Französisch Italienisch
 Englisch andere:

Klientel: Erwachsene Kinder Jugendliche
 Senioren Menschen mit einer geistigen Behinderung

Um „Kinder“ und „Jugendliche“ anzukreuzen, muss man das EMDR Kinder Curriculum besucht haben.

Ich beantrage hiermit das Zertifikat „EMDR-TherapeutIn“.

		Beleg (Kopie) Nr.
1	Ein Nachweis der Befähigung zur Ausübung der Psychotherapie gemäss den geltenden gesetzlichen Regelungen.	1
2	Mindestens zwei Ausbildungsstufen (Level I und II) bei durch EMDR Europe anerkannten Ausbildungsinstituten sollen absolviert sein. Die Ausbildungsstufen sollen in einem zeitlichen Abstand von mindestens 3 Monaten liegen.	2
3	Mindestens zwei Jahre psychotherapeutische Tätigkeit.	3
4	Mindestens 50 Std. (zu 60 Min.) EMDR Sitzungen mit wenigstens 25 KlientInnen (Selbstdeklaration).	4
5	Mindestens 30 Stunden (zu 60 Min.) Einzel- oder Gruppensupervision bei einem/r von EMDR Europe anerkannten/r Supervisor/in.	5
6	Es sind zwei Referenzen erforderlich, eine von einem/r durch EMDR Europe anerkannten Supervisor/in (z.B. Kompetenzrahmen) und die zweite von einer Person, welche die berufliche Praxis und das Ansehen der Antragstellenden beurteilen kann.	6
7	EMDR-Supervisoren/innen, welche die Antragstellenden überprüfen, müssen die EMDR-Arbeit der Antragstellenden unmittelbar durch Einsatz von Video miterlebt haben.	7
8	Antragstellende müssen Mitglied des nationalen EMDR Fachverbandes sein.	8
9	Vollständig ausgefülltes und unterzeichnetes Formblatt des Kompetenzrahmens (wird vom/von der EMDR Europe anerkannten Supervisor/in ausgefüllt).	9

Die Antragsgebühr für das Zertifikat beträgt CHF 90.--.

Ich habe die Antragsgebühr einbezahlt und nehme zur Kenntnis, dass die Geltungsdauer für das Zertifikat 5 Jahre beträgt. Die Kriterien für die Rezertifizierung nach 5 Jahren sind auf der Homepage aufgeschaltet <http://www.emdr-ch.org/re-zertifizierungen.html>.

Datum:

Unterschrift:

SELBST-DEKLARATION
psychotherapeutische Tätigkeit mit EMDR

Nr.	Initialen, Geburtsjahr	Thema, Diagnose	Anz. EMDR- Sitzungen	Behandlungsdauer
Bsp.	N.N., 1949	Unfall / PTBS	12	12.03.17 – 10.08.18
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
		Gesamt:	

Datum:

Unterschrift: