

Ausgebender Verein/Stelle

Ich bewerbe mich um die Überprüfung zum qualifizierten homöopathisch arbeitenden Therapeuten und um die Aufnahme in das zentrale Therapeutenregister der Qualitätskonferenz des BKHD.

Bewerber/Bewerberin
Name
A a a a la sift
Anschrift
Tel./Fax
Email:
Praxisstempel / Unterschrift

Verpflichtungserklärung

Mit Erwerb des Qualitätssiegels der Qualitätskonferenz des BKHD verpflichte ich mich:

- nach den Regeln der klassischen Homöopathie und nach bestem Wissen zu therapieren.
- zur Fortbildung (30 h homöopathische Fortbildung á 45 Min./Jahr)*; die Fortbildungsnachweise sind unaufgefordert alle zwei Jahre (spätestens jeweils zum 31. Januar) an die Geschäftsstelle zu schicken.
- ❖ zur klinischen Fortbildung (mind. **8 Std**./a´45 Min./Jahr)*; die Fortbildungsnachweise sind unaufgefordert alle zwei Jahre (spätestens jeweils zum 31. Januar) an die Geschäftsstelle zu schicken.

Ich habe Kenntnis darüber, dass

- der Stempel Eigentum der vergebenden Stelle bleibt.
- der Stempel entzogen wird oder verfällt:
 - 1. bei Entzug der Therapieerlaubnis durch den Staat.
 - 2. wenn nicht im Sinne der klassischen Homöopathie therapiert oder gelehrt wird.
 - 3. wenn der Nachweis der Fortbildung nicht erbracht wird und ohne Angaben von Gründen (z.B. Schwangerschaft/lange Krankheit) auch nicht nach Aufforderung nachgereicht wird.

Ich erkläre mit meiner Unterschrift

- dass meine Angaben in diesen Bewerbungsunterlagen der Wahrheit entsprechen und es sich bei den eingereichten Fällen um eigene Fälle handelt.
- dass die Anerkennung zum qualifizierten homöopathisch arbeitenden Therapeuten mit keinem Rechtsanspruch verbunden ist.
- mein Einverständnis, dass mein Name und meine Anschrift in einem zentralen Register erfasst wird. Ein Rechtsanspruch zur Aufnahme darauf besteht nicht.

Eine Kopie meiner Erlaubnis zur berufsmäßigen Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung (Heilpraktikererlaubnis) bzw. meiner Approbationsurkunde habe ich beigefügt.

Ort/Datum	Unterschrift der Bewerberin/des Bewerbers	
Die Gebühr für die Qualifizierur Verwaltungsgebühr von € 30,	ng in Höhe von € 175, sowie die jährlich wiede soll von meinem	erkehrende
Konto.Nr	bei der	Bank
BLZ	abgebucht werden.	
Unterschrift für die Erlaubnis zu für die Qualifizierung und die w	ır Einzugsermächtigungiederkehrende Gebühr.	

^{*}Steigen die Anforderungen im Rahmen der Qualitätssicherung in der Medizin, erfolgt die nötige Anpassung.

1. Ausbildung und strukturierte Prüfung	Ausbildung an einem Lehrinstitut nahe künftigen Standards (mindestens 550 Stunden homöopathische	Ausbildung (früherer Standard, z.B. Eigenstudium, Einzelseminare, Schule mit geringerer Stundenzahl/nicht
	Fachausbildung) Beschreibung Bogen (N) Maximale Punktezahl: 50	vergleichbares Curriculum Beschreibung Bogen (A) Maximale Punktezahl 35
2. Fachfortbildung bis 31.10.06 Teilnahme an Arbeitskreisen, Besuch von Tagungen, Kongressen, Seminaren	Auflistung in Bogen (F) 8 UE à 45 Minuten = 1 Punkt Maximale Punktezahl: 20	
3. Praxistätigkeit Praktikum / Hospitation Supervision bis zum 31.10.2006	Siehe Bogen (P) Für jedes Praxisjahr 5 Punkte Maximale Punktezahl 50	
4. "sich zeigen" bis 31.10.06	Bitte gewünschtes ankreuzen:	
Es bestehen folg. Möglichkeiten:		
Beispielfalleinreichung (3 Fälle – 2 davon chronisch – mit mindestens 9 Monaten Verlaufsbeobachtung. Die bei den Vereinen bereits eingereichten Fälle werden anerkannt. Ausführlicher siehe Beiblatt "Kriterien für die Falleinreichung") Punkte: max. 20		
Fachpublikationen in Fachzeitschriften (bitte in Kopie beilegen, Urheberrecht wird gewahrt!) Punkte: max. 20		
Fachvorträge (vor Fachpublikum, bitte Manuskript in Kopie beilegen) Punkte: max. 20		
Lehrtätigkeit (bitte Bestätigungen der Ausbildungsstätten beilegen!) Punkte: max. 20		
	Sparte 4 "sich zeigen" ist ein N Minimale Punkte Zahl 20 - Max	
Zu erreichende Mindestpunktezahl 100 davon maximal 80 Punkte anrechenbar aus 1-3		
Fachfortbildungen ab 2007	Auflistung in Bogen(FFP) Nachweis der FB-Pflicht in Homö Jährlich 30 UE a 45 Minuten Hon + 8 UE a 45 Minuten Klinik ab 20	nöopathie

Ausbildungsbeschreibung (N)
Ich habe von bis folgende Ausbildungsstätte besucht und mit einer Prüfung abgeschlossen.
Ausbildungsstätte/Name:
Anschrift:
Tel./Fax:
Mein Prüfungszeugnis liegt dieser Bewerbung in Kopie bei.
Die homöopathische Fachausbildung umfasste mindestens 550 Stunden.
Ausbildungsbeschreibung (A) Bitte Nachweise in Kopie beilegen. Die einzelnen Kurse bitte mit Stunden/Tage/Wochen/Monate/Jahre definieren. Welche Literatur wurde verwendet. Liegen keine Nachweise mehr vor, beschreiben Sie bitte genau Ihren homöopathischen Ausbildungsgang.

Praxistätigkeit (P)	
Ich arbeite seit	(Datum) in meiner eigenen Praxis.
Ort/Anschrift	von/bis
Orvanschilit	VOII/DIS
Praktikum	von/bis
Ich habe ein Praktikum absolviert bei:	
TOT HADE EIT I TAKIKUITI ADSOMET DEL.	
	Bitte mit Stempel und Unterschrift bestätigen lassen!
Supervision	
Ich habe an Supervisionen teilgenommen (Einzel	supervision/Gruppensupervision):
Bitte Teilnahmebescheinigungen/Nachweise kop	ieren und beifügen!

Fachfortbildung (F): Bitte Fortbildungsnachweise bis 31.10.2006 beifügen!

	T		
Monat/Jahr	Referent	Thema	Anzahl der Stunden (UE)

Fachfortbildungspflicht (FFP) des BKHD ab 2007: jährlich 30 UE Homöopathie + 8 UE Klinik. Bitte alle Fachfortbildungsnachweise ab 2007 bis zur Bewerbung beilegen!

Monat/Jahr	Referent	Thema	Anzahl Homöopathie - UE	Anzahl Klinik- UE